Rok XXXIX. Kraków, 18 Sierpnia 1900. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Zachowanie się ciepłoty noworodków w pierwszym tygodniu ich życia.

Napisał

Dr Jan Lachs.

(Wykład w sekcyi pedyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich).

Zauważywszy w dostępnej mi literaturze polskiej, że nie mamy jeszcze pracy, któraby się tym przedmiotem zajmowała, postanowiłem, pomimo oporu i trudności, na jakie ze strony zabobonnych przeważnie matek natrafiałem, podjąć na szersze rozmiary badania, jak zachowuje się ciepłota noworodków w pierwszym tygodniu ich życia. Jako położnik miałem częściej, aniżeli kto inny, sposobność zajęcia się tą sprawą. I rzeczywiście dokonałem na przeszło stu noworodkach z górą 3.000 pomiarów ciepłoty, nie wliczając w to bardzo znacznej ilości pomiarów bezpośrednio po porodzie, przed kąpielą i po kąpieli, oraz pomiarów ciepłoty u matek (dla porównania), tak że ogółem mogłem naliczyć 6.000 pomiarów.

Jeszcze nie bardzo dawno niezbyt skwapliwie mierzono ciepłotę chorych i zadowalniano się częstokroć tylko przyłożeniem ręki do badanego ciała; dzisiaj już ważność termometru lekarskiego, a z nim jak najdokładniejsze oznaczanie ciepłoty, znalazło uznanie nietylko w kołach lekarskich, ale także w najszerszych kołach ogółu. Matki zaś niczego się może nie boją tak, jak gorączki u dzieci. Z tego zapewne powodu zawijają je skwapliwie, chcąc je tym sposobem o ile możności uchronić od zmian ciepłoty.

Edwards powiada: „Instynkt uczy matki dziecko ciepło zawijać, jakkolwiek filozofowie różnych wieków i różnych krajów starali się je przekonać, żeby owemu instynktowi nie ufały, a dzieci swoje raczej wzmacniały, przyzwyczajając je do zimna“.

Kiedy we Francyi istniał zwyczaj zanoszenia noworodków w kilka godzin po przyjściu na świat do mera gminy celem zaciągnięcia ich do ksiąg, przekonali się Milne Edwards i Villermé, że stosunek śmiertelności dzieci, bezpośrednio po ich urodzeniu się, do liczby porodów był znacznie większy w zimie, niż w lecie, jakoteż że w północnych, zimniejszych departamentach więcej noworodków umierało, niż w cieplejszych południowych.

Podobny wpływ ciepłoty na wątły ustrój noworodka zauważył Trevison, który w Castel Franco we Włoszech badał skutki zimna. I tak znalazł on: 1) We Włoszech umierało na 100 dzieci, które od grudnia do lutego na świat przychodziły, 66 w pierwszym miesiącu życia, 15 w innych miesiącach pierwszego roku życia, a tylko 19 pozostawało przy życiu. 2) Ze 100 na wiosnę urodzonych dzieci przeżyło 48 pierwszy rok życia. 3) Ze 100 noworodków, które w lecie ujrzały światło dzienne, doszło 83 do drugiego roku życia. 4) Ze 100 noworodków, które pod jesień na świat przyszły, przeżyło 58 dzieci pierwszych 12 miesięcy.

Jako jaskrawy przykład, jak mocno przekonane są szerokie warstwy ludu o potrzebie ciepła dla noworodka może posłużyć — jak Fraenkel powiada — fakt, że w inteligentnej Anglii używa lud do przecięcia pępowiny jedynie ciepłych nożyczek.

Kobiety z naszego ludu, przekonane o ważności ciepła dla noworodków, kładą najchętniej swoje dzieci przez czas połogu tuż obok siebie w swojem łóżku. I rzeczywiście zauważono, że ciepłota dzieci, oddalonych od matek, szybko i gwałtownie opada. I tak opadła ona u noworodka jednodniowego przy ciepłocie otoczenia, wynoszącej 13°C, już po 10 minutach o 2°C, a po dalszych trzech godzinach opadła jeszcze bardziej. Z tego wynikałoby, że odporność na zimno jest w pierwszych dniach życia znacznie mniejszą, niż u dorosłych. — O wiele częściej znajdujemy potwierdzenie tego faktu w świecie zwierzęcym. Edwards bowiem zauważył, że szczenięta, które leżą obok swych matek, mają o 1—3°C niższą od nich ciepłotę. Podobnie ma się zachowywać ciepłota u młodych szczurów, królików, świnek morskich i innych zwierząt ssących. Młode ptaki, badane w tym kierunku, miały w pierwszych 14 dniach ciepłotę o 2—5°C niższą, aniżeli ich matki.

Podług Edwardsa podzielić można noworodki ciepłokrwistych pod względem ciepłoty ciała w ogóle na dwie gromady. Te ciepłokrwiste, które na świat przychodzą ślepe i wątłe, zachowują się wobec niskiej ciepłoty otaczającego je środowiska podobnie, jak zwierzęta zimnokrwiste. Te zaś, które z otwartemi oczami się rodzą, są bezpośrednio po przyjściu na świat samodzielniejsze. Podobnie zachowują się i ptaki. Najsilniejsze, które przychodzą na świat opierzone, nie tracą tak szybko ciepłoty, jak małe i słabe, które się rodzą nago.

Zdarza się czasem, że i ciepłokrwiste zdołają same wyrównać różnicę pomiędzy własnym ustrojem, a otaczającem środowiskiem. To dzieje się jednakowoż tylko wtedy, gdy różnica ta nie jest znaczna, a środowisko, w którem przebywają, jest dosyć ciepłe.

Człowiek zachowuje się pod tym względem po przyjściu na świat, jak ssawce, które się rodzą ślepo.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu, chcę wspomnieć jeszcze o sposobie, w jaki wykonywałem pomiary ciepłoty. Sposób ten nie różnił się od tego, jakiego używali moi poprzednicy. Używałem zwykłego termometru lekarskiego, o którym się naprzód przekonałem, że jest bardzo dokładny. Każde dziecko miało przez cały czas pomiarów ten sam swój termometr. Tego samego też ciepłomierza używałem dla matki dziecka badanego. Mierzyłem zawsze ciepłotę w odbytnicy. — Jakkolwiek według zapatrywania obydwóch Ficków ma być ciepłota odbytnicy i pochwy wyższa, aniżeli ciepłota krwi w naczyniach, to jednak można ciepłotę w odbytnicy uważać za najbardziej zbliżoną do tej, jaką ma krew w naczyniach. Mierzyłem i z tego powodu w odbytnicy, gdyż uważałem ciepłotę pachy za zanadto oddaloną od rzeczywistej i bardzo podlegającą zewnętrznym wpływom, a mierzenie w jamie ustnej, któreby może było najodpowiedniejsze, okazało się zanadto niewygodne i prawie nie do przeprowadzenia.

Termometr wprowadzałem zawsze do tej samej głębokości, mianowicie po szyjkę, gdyż, jak się przekonałem, w różnej wysokości odbytnicy ciepłota jest różna. Jeszcze i z tego powodu zważałem na to, gdyż zbyt głębokie wprowadzanie ciepłomierza pobudza noworodki, jak to zresztą i u dorosłych bywa, do oddawania kału, co, jak to później zobaczymy, również nie pozostaje bez wpływu na wysokość słupka rtęci. Pilnie zapisywano także, czy dziecko bezpośrednio przed założeniem termometru lub w czasie tegoż karmiono, czy ono spało, lub też płakało. Najważniejszy nacisk kładłem jednakowoż na to, by stale o tej samej godzinie pomiary wykonywano. I tak wykonywaliśmy je cztery razy dziennie, a mianowicie około godziny 8-mej rano, $12^1/_2$ w południe, 5-tej popołudniu i $10^1/_2$ w nocy. Prócz tego mierzono jeszcze bezpośrednio po porodzie, czasem jeszcze raz przed kąpielą i zawsze po kąpieli.

Wszystkie noworodki, na których badania nasze przeprowadziliśmy, podzieliliśmy na trzy gromady, a mianowicie:

1) Noworodki, co najmniej 50 ctm. długie i ważące najmniej 3000 grm. W tej gromadzie rozróżnialiśmy jeszcze osobno a) męzkie i b) żeńskie. Zauważyć jednak muszę, żem zaliczył tu jedno dziecko o ciężarze 2950 grm. z powodu znacznej jego długości.

2) Do drugiej gromady należą noworodki o najmniejszej długości 48 ctm. i ważące co najmniej 2800 grm. Do tej znowu gromady musiałem zaliczyć dzieci 50—51 ctm. długie, jeżeli ich waga była mała.

3) Do trzeciej gromady należą noworodki, mające mniej niż 48 ctm. długości, lub też ważące mniej, niż 2800 grm.

Drugą gromadę traktowałem z tego powodu oddzielnie, gdyż uważają w niektórych okolicach dzieci tej gromady za donoszone i ponieważ, jak się to później przekonamy, dzieci takie zajmują pod wielu względami pośrednie miejsce pomiędzo obydwiema innemi gromadami.

Chcąc rozstrzygnąć pytanie, czy dzieci mają w łonie matki ciepłotę wyższą od matki samej, a więc czy one mają własne źródło ciepła, czy też jedynie udzielone, mierzyliśmy w pierwszym i drugim okresie porodowym także i ciepłotę matki. Tę ostatnią mierzyliśmy w pasze, gdyż uważaliśmy wprowadzanie ciała obcego, jakiem jest termometr, do pochwy lub nawet do samej macicy za sprzeczne z dzisiejszem postępowaniem przeciw- lub bezgnilnem, a wobec tego nawet za niedopuszczalne. Wprowadzanie zaś termometru do odbytnicy okazywało się częstokroć niemożliwe. Dlatego oznaczaliśmy ciepłotę pochwy polegając na badaniach Winckla, który wykazał, że stosunek ciepłoty pachy do pochwy zostaje nawet przy cięższych zasłabnięciach pochwy, lub — jak to czasem w połogu bywa — macicy, prawie zawsze stały. U 100 kobiet wykazał Winckel, że wśród równych zresztą warunków wynosi różnica ciepłoty pomiędzy pachą a pochwą 0,1°—0,4° C. na korzyść tej ostatniej.

Bezpośrednio po przyjściu noworodka na świat zawijano go w pieluszki i wprowadzano mu do kiszki stolcowej termometr. Nie u wszystkich jednakowoż mogliśmy to przeprowadzić. I tak nie można było przy tych badaniach uwzględnić niektórych noworodków, które przyszły na świat przy pomocy operacyi położniczych, podobnie jak i noworodków omdlałych, gdyż te musiano cucić. Nie zakładano wreszcie termometru bezpośrednio po porodzie, gdy matka krwawiła, lub z innych powodów źle się miała, gdyż musiałem się w tym razie nią przedewszystkiem zająć.

U tych dzieci, u których zadanie swoje przeprowadzić mogłem, zauważyłem ciępłotę noworodka wielokrotnie wyższą od ciepłoty matki, a mianowicie w gromadzie pierwszej a) 13 razy, b) 15 razy, w drugiej 7 razy, a w trzeciej 6 razy. Z góry już należało coś podobnego przypuszczać, gdyż w świecie zwierzęcym wykazali to już Baerensprung i inni. Jestem też mocno przekonany, że gdybym był mógł częściej oznaczać ciepłotę bezpośrednio po przyjściu na świat dziecka, liczby tu podane byłyby jeszcze wyższe. Ilekroć bowiem przy tem badano jak najwcześniej po porodzie, stwierdzano ciepłotę dziecka stosunkowo znaczną i prawie zawsze wyższą od ciepłoty matki. Tę zaś ostatnią otrzymywaliśmy przez dodanie do ciepłoty pachy najwyższej według Winckla różnicy t. j. 0,4° C. Mimo to otrzymywaliśmy zazwyczaj takie dane w odbytnicy dzieci, jakichby matki nie mogły mieć nie gorączkując, co w naszych przypadkach raz tylko lub najwyżej dwa razy stwierdzono.

Kilka razy stwierdziłem u noworodków ciepłotę równą matczynej, a zaledwie 9 razy we wszystkich gromadach niższą od tej ostatniej.

Jednakowoż najbardziej zajmuje nas u dziecka ciepłota wyższa. Nie będziemy też wcale uwzględniali ciepłoty równej i niższej. Jedno bowiem jedyne spostrzeżenie ciepłoty dziecka wyższej od ciepłoty matki więcej dowodzi, aniżeli kilkanaście przypadków równej lub niższej.

Okoliczność ta, że niektóre dzieci były cieplejsze od swych matek, dowodzi na pewno, że płody mają już w łonie matki ciepłotę wyższą od swych karmicielek. Źródło zaś tego musi leżeć — jak tego dowodzą doświadczenia Cohnsteina — nie gdzieindziej, jak tylko w płodzie samym. Należy to w ten sposób rozumieć, że obok ciepła, udzielonego mu przez matkę, wytwarza ustrój dziecka i własne ciepło. Baerensprung bowiem wykazał badaniami swojemi, przeprowadzonemi na brzemiennych królikach, że ciepłota macicy ciężarnej jest wyższą, aniżeli ciepłota miednicy i jamy brzusznej; podczas gdy u zwierząt nie ciężarnych stosunek ten ma się odwrotnie. Podobnie wykazał i Cohnstein, że ciepłota w kobiecej ciężarnej macicy jest wyższą, aniżeli na-

wet w pochwie. Przyczyną zaś tej różnicy, która według Schroedera wynosi 0,13°—0,19° C., nie może być nic innego, jak tylko żywy płód, wypełniający jamę macicy. Jako dowód prawdopodobieństwa tego przypuszczenia może posłużyć znowu spostrzeżenie Schroedera, który zauważył, że ciepłota ciężarnej macicy przewyższa ciepłotę pachy o 0,29° C. a co najmniej 0,1° C., podczas porodu zaś tylko o 0,383° C.

Z przytoczonych doświadczeń wynika, że w zapłodnionej macicy powstają warunki, wywołujące podwyższenie jej ciepłoty. Ponieważ zaś to podwyższenie nie może pochodzić z jamy brzusznej, gdyż jej ciepłota jest niższą, możemy je więc odnieść jedynie do znajdującego się w macicy płodu, gdyż sam mięsień macicy może jedynie kurcząc się podwyższyć swą ciepłotę. Naturalnem następstwem tego wywodu musiałoby być, że w razie śmierci płodu w jamie macicy powinna być ciepłota jej równą ciepłocie pochwy lub tylko bardzo nieznacznie wyższą. I rzeczywiście wykazał Schroeder u jednej rodzącej, u której płód był 17 godzin nieżywy, ciepłotę macicy tylko o 0,02°C wyższą od ciepłoty pochwy. Nie mniej ważnem jest spostrzeżenie Fehlinga, który przy położeniach pośladkowych w przebiegu porodu wprowadzając termometr do odbytnicy płodu zauważył, że ciepłota płodu nieżywego jest niższą od ciepłoty macicy. Nadomiar wszystkiego powiodło się Schroederowi zbadać ciepłotę macicy w 3—10 minut po porodzie i wykazać, że ona jest o 0,23°C niższą od ciepłoty płodu.

Może się jednakowoż zdarzyć, że ciepłota płodu nieżywego jest wyższą od ciepłoty matki, coby pozornie przemawiać mogło przeciw naszym wywodom. Otóż zauważyć musimy, że zdarzyć sie to może tylko u płodów, które wkrótce po swojej śmierci na świat przychodzą, albowiem mogą one według prawa Newtona powoli tylko ziębnąć, gdyż różnica pomiędzy ich ciepłotą, a środowiskiem je otaczającem, jest tylko nieznaczna. Cohnstein chciał nawet okoliczność tę wyzyskać do rozpoznawania, czy macica jest zapłodnioną i czy płód żyje, lub nie.

Z naszych doświadczeń możemy na potwierdzenie powyższych wywodów przytoczyć okoliczność, że u płodów donoszonych zazwyczaj wyższą napotykaliśmy ciepłotę, aniżeli u niedonoszonych. Gdyby zaś ciepłota była płodowi tylko udzieloną, niepowinienby wiek płodu stanowić tak wybitnej różnicy.

Niektórzy autorowie usiłowali przypisać to podwyższenie znacznie wzmożonej czynności macicy podczas porodu. Dokładne badania Henniga wykazały, że ciepłota macicy podczas bólów porodowych wynosi 37,4 — 37,5° C. Ciepłota zaś dziecka bezpośrednio po porodzie jest o kilka dziesiętnych, a czasem nawet i o jeden stopień wyższa od ciepłoty odpowiedniej macicy.

Jako ostateczny dowód słuszności naszego zapatrywania może posłużyć fakt, przez innych i przez nas spostrzeżony, że w przypadkach porodów bliźniaczych jest ciepłota bliźniąt różną, coby było niemożliwe, gdyby ona była udzieloną z otoczenia. W naszych przypadkach wynosiła ta różnica 0,2° C i to raz na korzyść noworodka starszego, drugi raz znowu na korzyść młodszego. Obydwa razy były to noworodki niedonoszone. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

O ostrem i podostrem zapaleniu tętnicy głównej *(aortitis acuta et subacuta)* w następstwie chorób zakaźnych.

Podał
Prof. Dr. Antoni Gluziński.

(Ciąg dalszy).

Tak zatem w spostrzeżeniach anatomicznych, jak i doświadczalnych mamy podstawę do przyjęcia, że wśród przebiegu chorób zakaźnych wśród odpowiednich warunków, gdy istnieje *punctum minoris resistentiae* może wystąpić ostre zapalenie tętnicy głównej *(aortitis)* i to albo rozpoczynając się od błony wewnętrznej *(endoaortitis)* lub od błony zewnętrznej *(periaortitis)*. Zmiany te mogą być większego lub mniejszego natężenia — mogą ustępować bez pozostawienia zmian lub pozostawić zmiany stałe, dające powód do następnych zmian odżywczych, zmiejszających sprężystość naczyń, a więc warunku tak niezbędnego, w myśl zapatrywań Thomy, do powstawania spraw miażdżycowych. Dziś też chyba nikt nie wątpi, że w rzędzie przyczyn, wywołujących miażdżycę tętnic, a zwłaszcza tęt. głównej, choroby zakaźne, zwłaszcza u osobników, obciążonych dziedzicznie w tym kierunku, grają rolę. Rozjaśnienie tej sprawy było konieczne, by pojąć, skąd się biorą ograniczone przewlekłe sprawy w tętnicy głównej w wieku bardzo młodym, ba nawet dziecięcym. Jakkolwiek przywykliśmy do pojęcia, że zmiany miażdżycowe, to zmiany odżywcze, degeneracyjne, właściwe późniejszemu wiekowi, jakkolwiek fakt to nieulegający żadnemu zaprzeczeniu, to jednak nie brakuje nam wprost odwrotnych spostrzeżeń.

Odnośnie do zmian miażdżycowych, ograniczonych li tylko do tętnicy głównej wstępującej *(aorta ascendens)*, o które głównie nam chodzi, jakkolwiek Curschmann[1]) wypowiada zdanie następujące „ganz wie bei diffuser Arteriosclerose gehört die Mehrzahl der fraglichen Kranken den späteren Lebensjahren und weit überragend dem männlichen Geschlecht an“, to sam Curschmann jednak wspomina, że widział miażdżycę aorty wstępującej 6 razy u robotników poniżej 25 lat liczących, wspomina o chłopcu 19-letnim, który zginął z powodu posocznicy, a u którego „die Aorta zeigte unmittelbar über ihrer Ursprungstelle eine Anzahl erhabener weisser Flecke und netzförmiger zackiger Zeichnungen. Besonders stark und schon geschwürig waren dieselben um die Ausmündungsstellen der Coronargefässe herum“. Wspomina o dziewczynie 18-letniej, dotkniętej tętniakiem tętnicy głównej w części piersiowej, dla którego powstania innej przyczyny nie było, jak płonica, przebyta przed 3 laty.

His[2]) opisuje przypadek, dotyczący chłopca 19-letniego, który zginął z powodu długotrwałej posocznicy po rzeżączce cewki moczowej, a u którego obok *endocarditis aortica* znachodził się „partielles umschriebenes Aneurysma im Anfangstheil der Aorta mit ausgiebigen Auflagerungen“. A jakkolwiek podobnych przypadków nagromadzićby można daleko

[1]) Die Sclerose der Brustaorta und einige ihrer Folgezustände. Arbeiten aus der med. Klinik zu Leipzig, 1894, str. 248.

[2]) Arbeiten aus der med. Klinik zu Leipzig. 1893, str. 817. Über Herzkrankheiten bei Gonorrhoe.

więcej, to ograniczę się do przytoczenia jeszcze jednego tylko przypadku, ogłoszonego przez Martina[3]), który dotyczy chłopca, liczącego 9 lat i 3 miesiące, zmarłego z powodu błonicy, a u którego przy sekcyi, jak się Martin wyraża „nous trouvons deux plaques atheromateuses situées à la naissance de l'aorte au-dessus des valvules sigmoides. Quelques plaques plus petites s'observent aussi au niveau de la crosse de cette artère. Tous les autres vaisseaux sont sains“.

Wszystkie te przypadki, jak widzimy, odnosiły się do ludzi młodych poniżej 20 lat wieku, odnosiły się przeważnie do osobników, które zginęły wśród długotrwałych chorób zakaźnych lub po ich przebyciu.

Żałować jednak należy, że przypadki te nie były dostatecznie anatomicznie badane, że więc niema niezbitego dowodu w obrazie drobnowidowym dla potwierdzenia lub zbicia zasadniczej myśli, że punktem wyjścia spraw, stwierdzonych na błonie wewnętrznej aorty, była sprawa zapalna, wywołana zakażeniem lub zatruciem (intoksykacyą toksynami) i jedynie tylko Martin[4]) wypowiada stanowcze zdanie podnosząc, że właśnie u wspomnianego dziesięcioletniego chłopca, w miejscach, odpowiadających zmianom miażdżycowym na błonie wewnętrznej, znalazł „endovascularite proliferante“ naczyń błony zewnętrznej aorty *(vasa vasorum)*, które dopiero następczo wywołały zmiany na błonie wewnętrznej. Sądzę, że ta droga, może nie jedyna, droga przyjęcia pierwotnych spraw zapalnych w tętnicy głównej wśród spraw zakaźnych, jako podstawy do rozwoju następowych spraw miażdżycowych, jest daleko prawdziwszą, niż przyjmowanie, że sama utrata sprężystości ściany naczynia, wytworzona wskutek zakażenia, jest wystarczającym powodem.

Właśnie dokładne badania anatomiczne przypadków, w młodym wieku przedstawiających zmianę miażdżycową, które sprowadziły śmierć albo po dłuższej chorobie zakaźnej lub wkrótce po jej przebyciu, muszą sprawę rozjaśnić; badanie przypadków w późniejszym wieku i jak zwykle, już po szeregu lat od przebytego zakażenia, chyba o patogenezie cierpienia świadczyć nie może. Przypadki jednak pierwszego rodzaju będą rzadkie. Zakażenie, przebyte w 20 roku życia, choćby wywołało zmianę zapalną w tętnicy głównej, może minąć i to należy chyba do nieporównanie częstszych przypadków: chory wraca do zdrowia, pozostaje jednak już podstawa w tym ustroju do powstawania w tętnicy głównej wcześniejszej sprawy miażdżycowej, której obraz wcześniej lub później się rozwija, a gdy po dłuższem lub krótszem życiu, wśród którego tyle innych czynników działało, nastąpi śmierć z jakiegoś powodu, znajduje się na stole sekcyjnym miażdżycę tętnic, i wtedy nikt nie znajdzie śladów przed laty przebytej sprawy zapalnej, która może dała pierwszy popęd do rozwoju zmiany miażdżycowej.

Wyraziłem się powyżej, że klinika powinna tu przyjść z pomocą, klinika powinna zdobyć podstawy do rozpoznania powstających zmian tętnicy głównej t. j. do poznawania symptomatologii *„aortitis“*, występującej wśród przebiegu chorób zakaźnych lub w najkrótszym czasie po ich ukończeniu, aby przez dalsze spostrzeganie tych osobników, wyrobić sobie pojęcie o dalszym ich losie. Chodzić tu powinno, w myśl poruszonego zapatrywania, przeważnie o ludzi młodych, na nich bowiem może być spostrzeżenie możliwie najczystsze.

Czy znamy zatem objawy, pozwalające rozpoznać ostrą, względnie podostrą, *„aortitis“*? Przytoczyłem wyżej zaprzeczające temu zdanie Schröttera[5]), zdanie, z którem, na podstawie własnego doświadczenia klinicznego, zgodzić się nie mogę. Huchard[6]), któremu zawdzięczamy klasyczny opis objawów klinicznych *„aortitis“* dzieli je na 5 gromad zależnych:

1) Od ostrego rozszerzenia tętnicy głównej wstępującej i łuku (*ectasia aortae ascendentis et arcus aortae*), a klinicznie objawiającego się właściwem przytłumieniem na mostku zwłaszcza ku stronie prawej i wyższem ustawieniem tętnic podobojczykowych *(art. subclaviae)* zwłaszcza po stronie prawej.

2. Od zmian na błonie wewnętrznej tętnicy głównej (symptomes de l'endoaortite). Tu należą dusznica bolesna *(angina pectoris)*, jeżeli zmiany anatomiczne usadawiają się koło tętnic wieńcowych, bóle newralgiczne; tony nad tętnicą główną albo stają się nieczyste, głuche, lub też z początku silne; innym razem występuje szmer skurczowy, lub rozkurczowy, lub też obydwa równocześnie. Z biegiem czasu wytwarza się przerost komory lewej serca.

3) Od zwężenia lub nawet zamknięcia ujść odchodzących naczyń; stąd nierówność tętna (gdy ujście jednej n. p. tętnicy podobojczykowej lub dogłowowej jest zwężone), bladość twarzy.

4) Od szerzenia się sprawy na błonę zewnętrzną tętnicy głównej i sąsiednie narządy, (symptomes dus à la péri-aortite); tu należą: stały ból i uczucie ciśnienia pod mostkiem, zależne od rozszerzenia się sprawy na osierdzie (tarcie osierdziowe na podstawie serca) i na zwoje nerwowe.

5) Objawy ze strony narządu oddechowego, jak duszność zwłaszcza przy wykonywaniu ruchów (dyspnée d'effort), objawy zawału krwawego *(infarctus pulmonum)*, wysięk opłucnowy *(pleuritis exsudativa)*.

Objawy te naturalnie nie wszystkie muszą występować równocześnie; im wybitniejszy przypadek, tem ich więcej, mogą jednak zdarzać się przypadki, gdzie wystąpi tylko jeden lub dwa objawy, n. p. szmer skurczowy nad tętnicą główną lub powiększenie stłumienia nad mostkiem obok „dyspnée d'effort“ i t d.

Słusznie w krytyce objawów tych podnosi Schrötter[7]), że są to właściwie objawy, które odpowiadają sprawie miażdżycowej tętnicy głównej wstępującej, że nie posiadają one w sobie nic znamiennego dla sprawy zapalnej tętnicy głównej *(aortitis)*; to samo wypowiada Pawiński[8]), a ze zdaniem tem trzebaby się właściwie zgodzić, jeżeli się nie uwzględni okoliczności, wśród jakich stwierdza się te objawy.

Stwierdziwszy je u człowieka, zwłaszcza mężczyzny starszego, przez myśl nikomu nie przejdzie, by odnosić je do sprawy zapalnej; „miażdżyca tętnicy głównej“ brzmieć będzie rozpoznanie i zupełnie słusznie. Inna rzecz jednak, jeżeli objawy te wystąpią u ludzi młodych i bardzo młodych, wśród przebiegu lub w krótkim czasie po przejściu choroby

[3]) Recherches sur la pathogenie des lesions athcromateuses des arteres. Revue de med. 1881, str. 31.

[4]) l. c.

[5]) l. c.

[6]) Traité clinique des maladies du coeur et des vaisseaux.

[7]) l. c.

[8]) O tak zwanem ostrem i ostrawem zapaleniu aorty. Gazeta lekarska 1892, str. 976.

zakaźnej, jeżeli objawy te raz powoli ustępują, innym razem pozostają, bo sprawa przechodzi w stan przewlekły.

Tu trudno chyba mówić o ostrem powstaniu miażdżycy, tu wszystko przemawia za tem, że choroba zakaźna wywołała ostrą sprawę zapalną, która albo ustąpiła klinicznie, bo objawy jej znikły, lub też przeszła w przewlekłą, która naturalnie w dalszym przebiegu bardzo ułatwić może wczesny, nawet bardzo wczesny, rozwój zmiany miażdżycowej.

Przeglądając jedną z najdawniejszych w tym kierunku pracę Brouardela[5]) znajdujemy opis występowania pewnych cech klinicznych wśród przebiegu ospy, mogących świadczyć za występowaniem ostrej sprawy w tętnicy głównej. Brouardel zwraca szczególnie uwagę na występowanie skurczowego szmeru nad aortą w czasie występowania wysypki, który wzmaga się i staje się najwyraźniejszy w okresie ropienia; w 4—6 tygodni sprawa klinicznie zupełnie ustępuje, lecz czy również anatomicznie, to inne pytanie; prawdopodobnie rzecz się ma odwrotnie. „Je dois ajouter", mówi Brouardel, „que depuis que je recherche ces consequences possibles d'une variole antérieure, j'ai été frapeé de la frequence des maladies du coeur et surtout de la dégénerescence prematurée des artères chez des malades precedement affectes de variole grave" [1]). Potain[2]) mówiąc o zmianach zapalnych w naczyniach podczas przebiegu duru brzusznego opisuje przypadek, dotyczący mężczyzny 29-letniego, u którego w kilkanaście dni po zachorowaniu na dur brzuszny powiększyło się stłumienie serca, również wystąpiło nad mostkiem wyraźne stłumienie, pochodzące od rozszerzenia tętnicy głównej, sięgającej 2 ctm. poza prawy brzeg mostka. Tętnica podobojczykowa prawa sięgała $1^1/_2$ ctm. ponad obojczyk, a drugi ton nad aortą stał się „dur et parcheminé". W 22 dniu występuje szmer skurczowy i rozkurczowy nad tętnicą główną; w 27 dniu objawy zaczynają ustępować; w 33 dniu drugi ton nad aortą już prawidłowy; koło 40 dnia znika i skurczowy szmer, a po 2 miesiącach wszystkie objawy kliniczne ustępują. W pracy tej Potain wspomina równocześnie, że nie zawsze sprawa tak szczęśliwie przebiega; pozostają bowiem nieraz stałe zmiany. Freysinger[3]) opisuje znów przypadek, dotyczący 20-letniego chłopca, który, przebywszy ostrą kilkodniową grypę (influenzę), w 13 dniu od zachorowania po wykonaniu nużącego marszu na polowaniu dostał napadu duszności, bólu pod mostkiem; występuje stan gorączkowy do 39·4°C, a nad tętnicą główną zjawia się skurczowy i rozkurczowy szmer, tarcie osierdziowe. Chory wychodzi o tyle ze sprawy cało, że stan gorączkowy mija, ustępuje szmer skurczowy, mający swe źródło w ostrej zmianie w ścianach tętnicy głównej; pozostaje stale szmer rozkurczowy i wytwarza się stała zmiana w postaci niedomykalności zastawek tętnicy głównej.

Niemam zamiaru zbierania wszystkich przypadków, mogących się odnosić do poruszonej sprawy; przytoczyłem je, bo mogą one świadczyć, że i klinika w tej sprawie musi mieć swój głos, są to bowiem przecież spostrzeżenia zupełnie wiarogodne, dowodzące nie tylko, że wśród przebiegu chorób zakaźnych występują zmiany, ale, że je można rozpoznać.

Przedmiotowi temu i klinicznemu spostrzeganiu w tym kierunku poświęciłem baczniejszą uwagę i w krótkim stosunkowo czasie zebrałem szereg przypadków, świadczących dowodnie, że wśród przebiegu ostrych zakaźnych chorób, lub w pewien czas po ich przebyciu, można stwierdzić u ludzi bardzo młodych (umyślnie zebrałem takie przypadki) szereg klinicznych objawów, które świadczą, że w związku z chorobą zakaźną powstała ostra sprawa w ścianach tętnicy głównej, która albo ustępuje, albo daje powód do sprawy przewlekłej.

I. T. S. lat 20, pochodzi z rodziny, w której miażdżyca tętnic jest chorobą, prawie nazwać można, dziedziczną. — Badany przezemnie kilkakrotnie poprzednio co do serca, zawsze z wynikiem ujemnym, zapada na grypę z c. do 39° C., trzy dni trwającą. Po dwóch dniach bezgorączkowych wstaje i uważając się za zdrowego, idzie na ślizgawkę. Nocy następnej napad szalonej duszności i bóle pod mostkiem, skłonność do omdlewań.

Twarz blada, tętno drobne, miękkie, 120 uderzeń na minutę, stan bezgorączkowy, nad sercem tony głuche, rozmiar poprzeczny stłumienia sercowego lekko powiększony. Stan taki z napadowemi dusznościami i osłabieniami, z tętnem nieraz ledwo policzalnem, zwłaszcza przy ruchach tak, że pacyent dobrowolnie unikał wszelkich ruchów, trwał z mniejszem lub większem natężeniem przez 3 miesiące. Wśród tego czasu zmiany w narządzie krążenia chronologicznie tak się rozwijały. Dziesiątego dnia choroby dał się stwierdzić skurczowy szmer, najwyraźniejszy nad mostkiem, koło 20 dnia stłumienie na mostku, wyraźne zwłaszcza ku stronie prawej, rozmiary serca nieco ku stronie prawej zwiększone, uderzenie koniuszkowe schodzące się ze stłumieniem serca. Tętnice na szyi, zwłaszcza po stronie prawej, wyraźnie tętnią. Te objawy fizykalne ze strony serca trwały około 3 miesięcy, potem zaczęły słabnąć, słabły też i inne objawy, jak napady duszności, ból pod mostkiem; tętno się poprawiło tak, że chory w 4 miesiące już mógł opuszczać łóżko przy unikaniu przez dłuższy czas jeszcze wszelkich wysiłków fizycznych, które sprawiały zaraz duszność i osłabienie, a po 5 miesiącach był zupełnym ozdrowieńcem, bez możności wykazania jakichkolwiek zmian.

Nim przystąpię do rozbioru klinicznego tego przypadku, niech mi będzie wolno przytoczyć przypadek następny, by je razem omówić.

II. Bolesław W., lat 22, młodzieniec silnie zbudowany, o wykształconym układzie mięśniowym, a wązkich naczyniach obwodowych. W 15 roku życia po silnem natężeniu fizycznem (podnoszenie ciężarów, zamiłowany gimnastyk) nagłe objawy przesilenia serca, które go zmuszają do leżenia w łóżku przez dwa tygodnie. W 22 r. życia silny ból gardła z wysoką ciepłotą; powstaje ropień pozamigdałkowy lewostronny *(abscessus retrotonsillaris)*; przecięcie; ciepłota do 39·6° C. trwa dalej, wytwarza się naciek zapalny na szyi pod kątem szczęki dolnej lewej, występują dreszczyki, żółtaczka, zwiększa się śledziona, zjawia się białko w moczu. Nacięcie i wyłuszczenie zropiałych gruczołów. Ciepłota po operacyi obniżyła się, trwała jednak nieregularnie dalej przez 8 tygodni pośród objawów ciężkiego schorzenia, przelotnego zajęcia stawów etc. *(pyaemia)*. Dominującym objawem przez cały ten czas było osłabienie czynności serca, tętno b. przyspieszone (130), miękkie, małe, które to objawy potęgowały się przy ruchach chorego; występowała wtedy duszność, bladość twarzy, a sinica na wargach. Chory ustawicznie skarży się na ból pod mostkiem, wzmagający się przy ucisku. W kilka dni po operacyi obok powiększonych rozmiarów serca stwierdzić można przytłumienie na mostku, sięgające zwłaszcza ku stronie prawej, a nad miejscem osłuchiwania tętnicy głównej szmer skurczowy najwyraźniejszy nad rękojeścią mostka. Po dwóch miesiącach stan bezgorączkowy, długiego jednak czasu trzeba było, nim czynność serca wróciła do stanu więcej prawidłowego. Po 4 miesiącach rozmiary serca prawie prawidłowe, przytłumienie nad mostkiem utrzymuje się, tony serca w spokoju czyste, po ruchu jednak występuje lekki skurczowy szmer nad rękojeścią mostka. Tętno 90, tętnice obwodowe wy-

---

[9]) Etudes sur la variole. Lesions vasculaires (coeur et aorte). Arch. gén. de méd. 1874, T. II. str. 641.

[10]) Curschmann nie zgadza się z tem zapatrywaniem, l. c.

[11]) Complications aortiques et cardiaques de la fievre typhoide. Mercredi méd. 1890, str. 481.

[12]) Sur l'aortite aiguë d'origine gripale. Gaz. méd. de Paris 1892.

raźnie tętnią; tętnica dogłowowa prawa i podobojczykowa prawa wyraźniej, niż lewa, a przy prześwietleniu promieniami Röntgena widać po obydwóch stronach mostka tętnicę główną wstępującą, rozszerzoną, tętniącą.

Oto dwa przypadki, odnoszące się do ludzi zupełnie młodych, bo 20 i 22 lat liczących, u których tuż po, lub wśród przebiegu choroby zakaźnej wystąpił ostro szereg objawów ze strony narządu krążenia, nie dających odnieść się do innej przyczyny, jak do ostro powstałej zmiany w tętnicy głównej wstępującej.

Objawy w obydwóch przypadkach były prawie wspólne:

1) Ból pod mostkiem.

2) Duszność napadowa i przy każdym wysiłku.

3) Znaczne przyspieszenie tętna *(tachycardia)*.

4) Rozszerzenie tętnicy wstępującej; bardzo widoczne w II. przypadku przy oświetleniu promieniami Röntgena, a fizykalnie zaznaczające się w obydwóch wyraźnem przytłumieniem, sięgającem 2—3 ctm. poza prawy brzeg mostka.

5) Wystąpienie skurczowego szmeru, najwyraźniejszego nad rękojeścią mostka, który to szmer źródło swoje mógł mieć tylko w zmianach w ścianie tętnicy głównej, bo objawów zwężenia ujścia tętnicy nie było wcale, a nadto można było stwierdzić i następstwo tej zmiany w ścianie tętnicy, t. j. rozszerzenie tętnicy głównej wstępującej *(ectasia aortae ascend.)*.

Ostra ta zmiana nosiła na sobie wszystkie cechy sprawy zapalnej, za czem przemawia: a) ostre rozwijanie się sprawy; b) ból towarzyszący; c) wystąpienie tarcia osierdziowego w I. przypadku nad podstawą serca; d) ustąpienie objawów w przypadku I., złagodzenie ich w przypadku II. (Dok. nast.)

III. O wstrząśnieniu błędnika usznego *(Commotio labyrinthi)*.

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników pol.)

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

W miejscu krzyżowania się odnóg mózgowia, t. j. w okolicy wzgórka czworaczego, jądra n. słuchowego są w związku z jądrami nn. okoruchowego i troistego. Gdy gałęzie przedsionkowa i ślimakowa n. słuchowego stoją w ścisłym związku z drogami przewodzącemi nn. ocznych, mogą one też drogą odruchową wywołać zboczenia w ruchach mm. ocznych. Nerw przedsionkowy przedstawia drogę dośrodkową ośrodka kojarzniczego (koordynacyjnego), którego drogami ruchowemi odśrodkowemi są nerwy mm. ocznych. Że n. przedsionkowy wywiera wpływ na ruchowy ośrodek kojarzniczy mm. ocznych i że przez drażnienie tego nerwu lub jego zakończeń nerwowych w bańkach i przewodach półkolistych można wywołać zaburzenia ruchowe w zakresie nn. okoruchowego, odwodzącego i bloczkowego, które się wyrażają drżeniem gałek, porażeniem mm. ocznych i zboczeniami w oddziaływaniu źrenicy, udowodnione zostało przez liczne doświadczenia fizyologiczne nad zaburzeniami równowagi wskutek uszkodzenia błędnika. Tem tłómaczą się też klinicznie spostrzegane nieprawidłowości w ruchach öcz przy zajęciu chorobowem błędnika i brak tego odruchowego drżenia ocznego przy zniszczonym albo porażonym przyrządzie łukowatym. Co do n. ślimakowego, to badania Helda wykazały istnienie łuku odruchowego, przez który bodźce słuchowe mogą się przenosić na przyrząd ruchowy oka i to w ten sposób, że na odruchowym torze wspólnym dla n. słuchowego i n. wzrokowego, wychodzącym z przedniego wzgórka czworaczego, wrażenia słuchowe mogą się udzielić nerwom okoruchowemu, odwodzącemu i bloczkowemu. Do tego samego łuku odruchowego należą jeszcze inne tory, przenoszące bodźce słuchowe na jądra n. twarzowego i na *formatio reticularis*, skąd mogą się dalej udzielić ośrodkom dla ruchów oddechowych, dla unerwienia naczyń i t. d. Rozszerzenie się podrażnienia, wywołanego wstrząśnieniem, na inne sąsiednie nerwy mózgowe, może sprowadzić skurcz mięśni, zaopatrzonych przez n. twarzowy i spowodować ślinotok, rwę zębów, omdlenie itp.

Nudności, wymioty i inne podobne zaburzenia, towarzyszące tak często objawom zawrotu, pochodzą z podrażnienia odruchowego n. błędnego, wychodzącego z jądra n. słuchowego. Bliżej rozwodzić się nad fizyologią błędnika uważam tu za zbyteczne.

Za pomocą przytoczonych faktów jesteśmy w stanie wytłómaczyć i pogodzić z sobą przeważną część spostrzeżeń klinicznych. Wobec braku innych objawów ze strony móżdżku, jesteśmy zupełnie uprawnieni odnieść przytoczone objawy do zboczeń li tylko w błędniku, podobnie jak objawy, wywołane doświadczeniami przez wyłączne drażnienie samego błędnika, z wykluczeniem móżdżku.

Tyle co do umiejscowienia zmian, wywołujących wymienione przypady błędnikowe. Co zaś się tyczy przyrody tych zmian i spraw, zachodzących w następstwie urazu błędnika wogóle, to można odróżnić cały szereg uszkodzeń, wszystkie stopnie zaburzeń w krążeniu, jak przekrwienie, wynaczynienie, zapalenie, wysięki, uorganizowanie wypociny, bujanie łącznotkankowe, dalej przeobrażenia wsteczne, zwyrodnienia, skostnienie, zwapnienie, zanik i t. p. Z drugiej strony musimy dość często w braku wszelkich zmian organicznych przyjąć zaburzenia czysto czynnościowe, jako czynnik patogenetyczny i podkład dla objawów klinicznych. Chcąc się zajmować wyłącznie wstrząśnieniem błędnika *sensu strictiori*, musimy z zasady wykluczyć wszystkie przypadki, w których badania i przebieg wykazują, albo każą przypuścić, zmiany anatomiczne, przez uraz wywołane. a powinniśmy uwzględnić tylko takie przypadki, w których badanie pośmiertne żadnych zmian nie wykazało, albo wykluczyć je można na podstawie spostrzegania klinicznego. Tu może chodzić tylko o zmiany czynnościowe, które albo prędko przemijają, albo też mogą pociągać za sobą trwałe anatomiczne następstwa. Otóż zaburzenia czynnościowe wogóle jeszcze nie są całkowicie wyjaśnione, a należą raczej do najtrudniejszych i najwięcej zagadkowych zagadnień nauki lekarskiej.

Dzisiejsze sposoby badania układu nerwowego nie pozwalają nam stwierdzić zmian patologicznych w komórkach nerwowych osób, dotkniętych t. zw. nerwicami czynnościowemi. Jednakże te niewielkie zdobycze lat ostatnich, dzięki którym udało nam się dokładniej poznać budowę komórki nerwowej i przekonać się o zmianach, jakie w niej zachodzą pod wpływem zatrucia, zmęczenia i innych czynników, pozwalają na przypuszczenie, że z udoskonaleniem metod naukowego badania będziemy z czasem w stanie wykryć zmiany w nerwicach czynnościowych (Stróżewski)

Sprawa powstawania t. zw. objawów błędnikowych,

mianowicie łańcuch przyczynowy, łączący przyczynę i skutek, pozostawia jeszcze, mimo wszystkich teoryj, dużo do życzenia. Dla patogenezy t. zw. *commotio labyrinthi* podano najróżnorodniejsze tłómaczenia. Wszelako większość ich dotąd nie wyszła poza granice mniej lub więcej pomysłowych przypuszczeń, j. np. zmiany wydzielnicze i w krążeniu, zaburzenia ciśnienia w ślimaku i w przewodach półkolistych, albo też zaburzenia spraw chemicznych, toczących się, według Marinesco, w chromofilnych pierwiastkach komórki nerwowej i stanowiących źródło mechanicznej energii. Zdarza się, że nie można też wykluczyć nieznacznych wybroczyn w błędniku, które potem zupełnie się wsysają tak, że nie zostaje po nich śladu. Stosownie do rodzaju urazu, do ogólnego stanu uszkodzonego, a szczególnie stanu narządu usznego w chwili urazu i do przebiegu klinicznego, przyjęto różne zmiany, wywołane bezpośrednio przez uraz. I tak w przypadkach z dawną chorobą uszną objawy wstrząśnienia, sprowadzone przez uraz, łatwo tłómaczyć się dają przez zaburzenia stosunków ciśnienia w błędniku.

Błędnik kostny obejmuje dwie przestrzenie: przestrzeń „okołolimfatyczną“ i „śródlimfatyczną“. Ostatnia znajduje się wśród pierwszej i jest od niej oddzielona przez błędnik błoniasty. Obie przestrzenie wypełnione są płynem: „perilimfą“, względnie „endolimfą“ i każda z nich ma osobny przewód odwodzący: wodociąg przedsionkowy i ślimakowy (*aquaeductus vestibuli* i *aquaed. cochleae)*, które pośredniczą w połączeniu z jamą czaszkową, a mianowicie z jamą podpajęczą. W przestrzeni wewnętrznej mieszczą się zakończenia n. słuchowego, otoczone „endolimfą“. Wspólna zasada mechaniczna dla czynności narządu słuchowego i statycznego polega widocznie na tem, że ich zakończenia nerwowe zostają przez poruszenie otaczającego tego płynu wprawione w drganie i tem samem pobudzone. Przestrzeń zewnętrzna, okołolimfatyczna, jest w połączeniu z jamą bębenkową przez okienko owalne i okrągłe. Otóż każde poruszenie płytki nożnej strzemiączkowej w okienku owalnem przenosi się przez fale głosowe drogą tego okienka i perilimfy przez błonę przedsionkową *(membrana vestibularis)* na endolimfę przewodu ślimakowego i przedsionka. Drganie takie endolimfy powoduje pobudzenie n. słuchowego przez narząd Cortiego, a nerwu równowagi za pomocą ruchów piasku usznego (otolitów). Przy zbyt silnych poruszeniach płyn w obłędniku może uchodzić przez wodociągi i przez wypuklenie błony okrągłej w okienku okrągłem. Również mięsień strzemiączkowy może przez skurcz fizyologiczny uniemożliwić zbyt silny ucisk strzemiączka na endolimfę. Podług Politzera mięsień ten jest antagonistą m. naprężacza błony bęb., gdyż on zwalnia napięcie *(entspannt)* tej błony i zmniejsza przeto parcie błędnikowe. Zdaniem Lucaego jest on mięśniem przystosowującym (akomodacyjnym) błony bęb. dla najwyższych tonów i według Schwartzego tworzy najwybitniejszy przyrząd ochronny przed silnem zadziałaniem głosowem na ucho, a niedowład jego przy porażeniu n. twarzowego sprowadza zbytnią wrażliwość na silne dźwięki.

Istnieje zatem przyrząd ochronny dla zapobiegania zbyt silnemu uciskowi i podrażnieniu nerwów usznych, składający się w przestrzeni endolimfatycznej z *ductus endolymphaticus* w wodociągu przedsionkowym, a dla przestrzeni okolimfatycznej z wodociągu ślimaka albo *ductus perilymphaticus*, okienka okrągłego i mięśnia strzemiączkowego. Otóż w przypadkach, w których jeden albo drugi z tych do utrzymania stałej równowagi w błędniku przeznaczonych przyrządów jest nadwerężony, każdy silniejszy bodziec wywołać musi zbyt silne podrażnienie nerwów błędnikowych i w następstwie tegoż zawrót głowy, upośledzenie słuchu, objawy błędnikowe, względnie objawy t. zw. Menierowskie. To samo nastąpić może także w zdrowym zresztą narządzie słuchowym przez zbyt silne i nagłe poruszenie płynu błędnikowego, które ze względu na nadzwyczaj ciasne światło dróg odwodzących nie może być dość rychło wyrównanem przez wypuklenie błony okrągłej, odpłynięcie płynu do jamy czaszkowej i skurcz m. strzemiączkowego. W ten sposób tłómaczy się powstanie wstrząśnienia błędnika w pewnym szeregu przypadków przez przyczyny, sprowadzające zwiększenie parcia śródbłędnikowego, szczególnie u chorych na uszy. Przypuszczenie, jakoby część płynu błędnikowego, wyparta ku przestworowi podpajęczemu, wywoływała tam większe parcie śródczaszkowe i w następstwie tego objawy zawrotowe (Gruber), nie może się utrzymać, jeżeli się uwzględni, że przez tak ciasne wodociągi chyba bardzo mała ilość płynu mogłaby się dostać do jamy czaszkowej, znajdującej się pod wysokiem parciem. Żeby zaś powiększenie znacznej wogóle ilości płynu mózgordzeniowego o kilka kropli mogło sprowadzić tak wybitne zaburzenia równowagi, zdaje się być bardzo nieprawdopodobnem.

Politzer odnosi objawy wstrząśnienia błędnika w większej części przypadków do nagłych zmian w ułożeniu końcowego przyrządu nerwowego, powstałych wskutek nadmiernego wstrząśnienia cieczy błędnikowej, z następowem jego porażeniem albo nieprawidłowym stanem jego pobudliwości. I tak tłómaczy Politzer przypadek Alta, w którym po urazie wystąpiło fałszywe słyszenie tonów, tem, że w przypadku tym nie powstały jakieś wykazalne zmiany, lecz że wytworzył się wywołany przez wstrząs rozstrój końcowego przyrządu słuchowego.

Schwartze przypuszcza, że w tych razach chodzi o zmiany drobinowe (molekularne) postaciowych pierwocin składników nerwowych albo o bierne przekrwienie w błędniku, powstałe wskutek przelotniego porażenia nerwów naczynioruchowych, tak wrażliwych na wpływy urazowe, i powiada dalej: „Jakiego rodzaju zmiany anatomiczne w błędniku tu zachodzą, niewiadomo; że grają tu rolę włosowate wynaczynienia w błoniastym błędniku i ich następstwa, to tylko przypuszczenie“.

Niektórzy badacze przyjmują dla wyjaśnienia sposobu powstania zaburzeń czynnościowych wogóle zmianę chemizmu w substancyi nerwowej.

Verdos (Barcelona) miał sposobność zbadać uszkodzonych przy głośnym zamachu dynamitowym, dokonanym przez anarchistów w teatrze Lyceum w Barcelonie r. 1893. U niektórych poszkodowanych znalazł on wyłącznie objawy błędnikowe, szum i zawrót głowy, z przebiegiem przeważnie ciężkim. Gdy ani środki przeciwzapalne, ani odwodzące, ani przetwory bromowe i amylnitrit nie przyniosły żadnego skutku, wyklucza Verdos w tej gromadzie przypadków przekrwienie błędnika, które przyjmuje za przyczynę przypadłości u innych uszkodzonych, i tłómaczy ten obraz chorobowy wzmożonem podrażnieniem nerwów błędnikowych. Przy tem zaznacza Verdos, że zboczenia, wywołane przez te wybuchy dynamitowe, różnią się znacznie od zboczeń, powstałych

wskutek innego rodzaju wybuchów, mimo podobieństwa przyczyny. Może powodem różnicy jest okoliczność, że detonacya z armat odbywa się na wolnem powietrzu, podczas gdy w przypadku Verdosa wybuch nastąpił w zamkniętej przestrzeni i to w gmachu, budowanym umyślnie z uwzględnienieniem dobrego przewodzenia fal głosowych, i podczas opery, której poszkodowani przysłuchiwali się właśnie w chwili wypadku ze szczególną uwagą. Zjawisko dezoryentacyi (utrata zdolności oryentacyjnej), spostrzeżone w innej gromadzie przypadków przy tej samej sposobności, tłómaczy Verdos upośledzeniem sprawności włókien nerwowych słuchowych, po części przez wstrząs ośrodków oryentacyjnych w mózgu.

W innych przypadkach przyjmowano za wewnętrzną przyczynę tych objawów zaburzenia krążenia, zboczenia naczynioruchowe albo nerwicę naczynioruchową naczyń błędnikowych (Brunnerii).

Friedman uważa za przyczynę objawów Menierowskich, pojawiających się po urazie, osłabienie ośrodka naczynioruchowego, pociągające za sobą częste przekrwienia błędnika, wywołujące bezpośrednio napady Ménierea. Zdaniem innych (Gruber) zaburzenia wydzielnicze lub sprawy wypocinowe w błędniku mogą być skutkiem urazu i przyczyną wewnętrzną cierpienia. Przyczyny zboczeń czynnościowych nerwowego narządu słuchowego po urazie szukano dalej w zboczeniach napięcia w zakresie błoniastej blaszki krętej (*lamina spiralis membranacea)*, w delikatnych zaburzeniach narządu Cortiego, w zmianach konsystencyi i ułożenia błony Córtiego, w nieprawidłowej jakości fizykalnej i chemicznej płynów błędnikowych, przedewszystkiem endolimfy, i w formacyi osklepka lejka ślimakowego *(Cupula)*.

Gradenigo rozróżnia 3 rodzaje zaburzenia równowagi narządu błędnikowego: 1) powstałe przez przyczyny zewnętrzne, n. p. przy przestrzykiwaniu ucha, odnosi do stanu podniecenia błędnika, powstającego wskutek nagłego powiększenia parcia błędnikowego, albo drogą odruchową; 2) samoistny ciągły zawrót głowy, zależący od zmian anatomicznych w przewodach półkolistych; 3) zawroty napadowe i chorobę Menierea, stojące w związku z chorobami ucha środkowego, które utrzymują lekkie, ale stałe podrażnienie w bańkach przewodów półkolistych, przejawiające się w różnych odstępach czasu napadami zawrotu głowy i szumu w uszach. Zaburzenia pourazowe, o ile nie polegają na zmianach anatomicznych, odnosi Gradenigo do zmian odżywczych, w unerwieniu, w krążeniu, zaburzenia zaś, pojawiające się po nagłem zadziałaniu głosowem, tłómaczy podobnie do zaburzeń wzroku, występujących po zadziałaniu zbyt silnego bodźca, zbyt rażącego światła na siatkówkę i n. wzrokowy. Przy oślepieniu przez olśnienie różne zmiany i sprawy chemicznej i mechanicznej przyrody, które zwykle przy widzeniu odbywają się w komórkach wzrokowych, przebiegają nieprawidłowo z nadmiernem nasileniem. Przy oślepieniu przez rażenie błyskawicą, przez bezpośrednie światło słoneczne, jak również przy urazowem wstrząśnieniu siatkówki, badanie wziernikowe zaraz po zdarzeniu nie wykazuje żadnych zmian w wejrzeniu dna oka. Podobne niewykazalne zmiany chemiczno-fizykalne zachodzą według Gradeniga w słuchowym narządzie nerwowym przy nagłem zadziałaniu dźwięku i stanowią istotę wstrząśnienia, przeciwnie zaś przy dłuższy czas działającym dźwięku chodzi, według Gradenigo, o sprawy zapalne i degeneracyjne, podobnie do zmian, powstających w n. wzrokowym pod wpływem zadziałania mniej wygórowanego, lecz dłużej trwającego bodźca świetlnego.

Brunner tłómaczy objawy błędnikowe, występujące po nagłem zadziałaniu głosowem, skurczem odruchowym mięśnia napinającego błonę bębenkową — tłómaczenie, które może co najwięcej uchodzić tam, gdzie objawy są przemijające, nie zaś w przypadkach, w których zaburzenia błędnikowe trwają dłużej, lub też pozostają stale.

Mendel dopatruje się przyczyny zawrotu głowy w chorobowo zmienionej czynności mm. ocznych, wywołującej zaburzenia równowagi. Zawrót uszny ma punkt wyjścia w zaburzeniach krążenia w tętnicy słuchowej *(arteria auditiva)*, zaopatrującej równocześnie jądra owych mm. ocznych, albo w wzmożonem parciu cieczy mózgo-rdzeniowej. Podobnie zapatruje się R. Bagińsky. Kaufmann usiłuje tłómaczyć przez siebie spostrzegany przypadek wstrząśnienia błędnika w ten sposób, że uderzenie w głowę sprowadziło ściśnienie elastycznej czaszki, a w jego następstwie przyszło do nagłego wzmożenia parcia w płynie mózgordzeniowym, które się przeniosło na endolimfę i t. d.

Usiłowania Barnicka *(Arch. f. Ohr.* T. 43), podjęte w celu podsunięcia przez badania anatomopatologiczne różnorodnym i niezgodnym wyobrażeniom o istocie wstrząśnienia błędnika podstawy, więcej odpowiadającej rzeczywistym stosunkom, nie mogły doprowadzić do pożądanego celu i przyczynić się do rozwiązania tego tak ważnego i zajmującego zagadnienia. Badania jego tyczyły się bowiem samych takich przypadków, w których uraz wywołał różne ważne uszkodzenia anatomiczne, sprowadzające szybko śmierć, i w których organiczne uszkodzenie błędnika nie mogło ulegać wątpliwości.

Jeżeli uwzględnimy podobną sprawę, mianowicie wstrząśnienia mózgu, to zauważymy, że i tu szukano różnych tłómaczeń dla objawów cierpienia i znalazłszy nieraz w mózgu wynaczynienia włosowate chciano cierpienie to kłaść na karb tych zmian. Jednakże pominąwszy już okoliczność, że wybroczyny takie nie zdołają wytłómaczyć nam zupełnie obrazu klinicznego, to przecież brakuje ich w doświadczeniach na zwierzętach, mimo występowania wszystkich odpowiednich objawów. Z tego też powodu inni badacze przypuszczali uszkodzenie całego mózgu przez przemieszczenia molekularne.

Wracając do wstrząśnienia błędnika, to zdaje mi się, że na podstawie najnowszych wyników poszukiwań naukowych objawy wstrząsu błędnikowego najlepiej dadzą się wytłómaczyć w następujący sposób. Jak wiadomo, n. słuchowy dzieli się pod względem anatomicznym i fizyologicznym na 2 części, na n. przedsionkowy i n. ślimakowy. Poszukiwania anatomiczne (Erlicki) i doświadczalne (Breuer) wykazały różnice morfologiczne i fizyologiczne tych gałązek. Najlepszym zaś dowodem odrębności czynnościowej obu tych nerwów jest fakt, podany już przez Flourensa, a później wielokrotnie stwierdzony, że różne zabiegi operacyjne, wykonane na przewodach półkolistych i sprowadzające zaburzenia równowagi, nie naruszają zdolności słuchowej, gdy odwrotnie zniszczenie ślimaka sprowadza utratę słuchu bez zaburzeń równowagi. Na podstawie badań patologicznych i spostrzeżeń klinicznych można twierdzić, że swoistym bodźcem dla n. przedsionkowego są ruchy, zmiany położenia, wstrząśnienia właściwe. Podnieta ta przychodzi do skutku przez pozostawanie wstecz wskutek prawa bezwładności pojedynczych

części narządu przedsionkowego przy ruchu ciała, co sprowadza przegięcie włosków komórkowych, stanowiących narząd końcowy nerwów przedsionkowych. Według bowiem teoryi Mach-Breuera świadomość o położeniu ciała i o ruchu postępującym przychodzi do skutku przez przesunięcie się kamyczków usznych (otolitów) na włoskach komórkowych w mieszku *(utriculus)*, a o ruchu obrotowym przez przesunięcie się płynu w kanałach półkolistych. Otóż przez odpowiednie zmiany prawidłowych warunków pobudzenia narządu statycznego przychodzi do złudzenia i fałszywych wyobrażeń o zachowaniu się członków ciała w przestrzeni. Właśnie część tych złudzeń określamy, jako zawrót głowy. Swoistym bodźcem dla n. ślimakowego zaś są tylko dźwięki, a dla obu nerwów czynniki mechaniczne, jak ucisk, parcie i t. p. Jednakże wszystkie te bodźce działają na oba nerwy, gdyż tak samo silny dźwięk, jak i wstrząśnienie mechaniczne może wywołać i zawrót głowy i oszołomienie i niedosłyszenie, choć w nierównym stopniu. Oddziaływanie narządu statycznego na silne dźwięki tłómaczy Ewald podrażnieniem błędnika tonicznego, powstałem wskutek dźwięku, dałoby się jednak także tłómaczyć przez istnienie połączenia między nerwami przedsionkowym, a ślimakowym, i wzajemne ich działanie odruchowe. Wszakże zakończenia obu tych nerwów otacza ten sam płyn, którego falowanie w narządzie Cortiego wywołuje poczucie słuchu, gdy narząd bańkowy w przewodach półkolistych oddziaływa na to samo drażnienie zawrotem głowy i zaburzeniem równowagi. W ten sposób łatwo tłómaczy się zawrót głowy, powstający pod wpływem silnych dźwięków. Że zaś poruszenia ciała, sprowadzające ten zawrót głowy, nie pociągają zawsze za sobą wrażeń słuchowych, tłómaczy się tem, iż takie poruszenie przecież nie sprawia takich wahań rytmicznych płynu błędnikowego, które zdolne są podrażniać n. słuchowy i wywołać wrażenie dźwięku, jak to następuje przy działaniu głosu, tonów i t. p.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Działanie lecznicze światła elektrycznego w różnych stanach patologicznych, a głównie w chorobach układu nerwowego.

Podał
Dr. Mieczysław Nartowski.

(Dokończenie).

Dobre działanie światła elektrycznego w chorobach nerek należy odnieść do napotnego działania kąpieli w świetle elektrycznem i wzmożonego wydzielania moczu. Jeżeli zaś dobre działanie kąpieli napotnych w chorobach nerek jest rzeczą oddawna znaną, to kąpiele w świetle elektrycznem przewyższają znacznie wszelkie kąpiele w tym celu używane, albowiem silne pocenie się w nich nie wpływa ujemnie na serce, nawet w znaczniejszych powikłaniach.

W cukrzycy pod wpływem kąpieli w świetle elektrycznem i równoczesnego opromieniania okolicy wątroby, możemy usunąć zupełnie cukier z moczu, nawet wtenczas, jeżeli chory nie będzie ściśle wstrzymywał się od doprowadzenia do ustroju węglowodanów. Działanie lecznicze światła polega tutaj na własności promieni świetlnych, a głównie niebieskich i fioletowych, które przyspieszają utlenianie węglowodanów przez ich rozkład i przemianę, podczas gdy promienie żółte, pomarańczowe i czerwone mają własność dodatniego wpływania na redukcyę CO_2, a tem samem wpływają na wytwarzanie węglowodanów. Ponieważ tutaj chodzi nie o nadmierne wytwarzanie się cukru gronowego, lecz bezwarunkowo o niedostateczne utlenianie, przeto odpowiedniem działaniem światła możemy utlenianie to wzmocnić i przyspieszyć, a tem samem dodatnio wpłynąć na całą sprawę patologiczną, przy równoczesnem oddziaływaniu na raźniejsze niszczenie lub przeobrażenie cukru w ustroju przez polecenie choremu odpowiedniej dyety, a w pierwszym rzędzie przez usunięcie z pokarmów wszelkich substancyj cukrotwórczych, a przedewszystkiem cukru, gdyż pożywki mączkowate i zawierające cukier dają przeważnie początek materyi glikogenowej, chociaż z drugiej strony nie są wyłącznem źródłem glicemii fizyologicznej. Saccharyna, nie będąca cukrem, a posiadająca w wysokim stopniu smak słodki, nie odda nigdy tych usług, jakich się od niej spodziewano, a to z powodu wstrętu przy jej użyciu, a gliceryna, będąca alkoholem trzyatomowym, może być użytą jedynie do poprawienia smaku niektórych napojów.

Saxenberger[9]), który stosował świetlne kąpiele elektryczne w niektórych cierpieniach oczu, podaje, że i tutaj światło daje nadzwyczaj dobre wyniki. Do przypadków, nadających się tutaj, należą przewlekłe zapalenia rogówki i twardówki, tęczówki, naczyniówki i siatkówki ze wszystkiemi następstwami, jak przewlekłe zapalenie tęczówki ze zrostami, miąższowe zapalenie rogówki na tle kiły, zołzów i t. p. Przypadki poszczególne należy bardzo ostrożnie wybierać, gdyż światło nie jest bynajmniej środkiem uniwersalnym i przy braku odpowiedniej uwagi lub przez mylki w stosowaniu może spowodować więcej szkody, aniżeli pożytku.

W niektórych cierpieniach kobiecych, a w pierwszym rzędzie w zaburzeniach regularności, możemy również dodatnio wpłynąć na przebieg sprawy patologicznej. Wynik dodatni działania światła elektrycznego w tych przypadkach należy odnieść do wpływu światła na poprawę stanu krwi, a głównie na czerwone jej ciałka i hemoglobinę. Nigdy atoli nie należy stósować u kobiet kąpieli w świetle elektrycznem podczas ciąży, albowiem znane są przypadki poronienia z tego powodu.

Przechodząc do chorób skórnych, wspomnieć należy o możności wywołania działaniem promieni świetlnych ograniczonego zapalenia, które, jak badania Hammera wykazały, nie jest bezpośredniem następstwem działania światła na naczynia włosowate, ale polega na tem, że promienie ultrafioletowe wywołują pewnego rodzaju ruch w niektórych pierwiastkach nerwowych, będących w związku z komórkami barwikowemi w skórze, a ruch tych pierwiastków wywołuje dopiero następowo stany porażenne, które zaznaczają się przekrwieniem, zapaleniem i ubarwieniem. Jeżeli zatem sprawy tego rodzaju mogą być wywołane na skórze działaniem promieni chemicznych, to wynika z tego, że nie tylko nie są one obojętne dla ustroju, ale mogą być powodem różnych spraw patologicznych w skórze, przebiegających przewlekle, a stojących z nimi w związku nie tylko pod względem etyologii, ale i przebiegu choroby. Tak n. p. Unna twierdzi,

[9]) Die Lichttherapie in der Augenheilkunde. (*Wochenschrift für Ther. u. Hyg. des Auges*, 1899, Nr. 12 i 14).

że światło jest czynnikiem etyologicznym w *Melanosis lenticularis* (*Xeroderma pigmentosum*). Pierwsze plamki barwikowe występują tutaj tak samo, jak w piegach, na miejscach ciała, które są wystawione na działanie promieni światła słonecznego.

Co do innych spraw patologicznych, jak *pellagra* i *prurigo estivalis Hutchinsoni*, to i tutaj wpływ światła odgrywa pierwszorzędne znaczenie, gdyż rumień (*erythema*) występuje zawsze i jedynie pod wpływem światła słonecznego na wiosnę, a Vejel[10]) i Wolters[11]) podają, że rumień występuje niekiedy na prawidłowej skórze już po kilku minutach działania promieni świetlnych, chorzy zaś nie znoszą ani bezpośredniego działania promieni świetlnych, ani nawet rozprószonego światła dziennnego. Widzimy zatem, że promienie świetlne, a zwłaszcza chemiczne, nie są bynajmniej obojętnymi dla ustroju. Ale, jak z jednej strony są one wprost szkodliwymi i mogą wywołać różne sprawy patologiczne, to przecież odpowiednio zastósowane mogą usunąć nie jedną chorobę skórną. Wszak doświadczenie, uzyskane w krajach gorących, jest tutaj najlepszym dowodem dobroczynnego ich nieraz wpływu na skórę, że tu wspomnę tylko o szybszem gojeniu się pod ich wpływem ran skóry i innych cierpień, aniżeli pod działaniem różnych maści i środków antyseptycznych.

Tak n. p. w róży, czyrakach, łuszczycy, liszajcu zakaźnym, wrzodzie podudzia, liszaju wyłysiającym, wyprysku i t. p., po wyłączeniu z promieni światła elektrycznego łukowego promieni czerwonych i żółtych, a zatem promieni cieplnych (przez włączenie niebieskich szkieł), czyli przy działaniu na miejsca, patologicznie zmienione, promieniami niebieskimi, fioletowymi i ultrafioletowymi, możemy otrzymać bardzo dobre wyniki, gdyż promienie te działają zabójczo na drobnoustroje. W przypadkach, w których chodzi nam o doszczętne usunięcie i zniszczenie drobnoustrojów, bardzo pomocnymi są i promienie cieplne, gdyż przez ogrzanie skóry wywołują większą perspiracyę i są powodem wydzieliny z gruczołów potnych, łojowych i t. p, będących w wielu cierpieniach skórnych głównem siedliskiem najróżnorodniejszych drobnoustrojów, które pod wpływem promieni cieplnych wydostają się z potem na powierzchnię skóry, gdzie zostają zniszczone działaniem promieni niebieskich.

Pomimo tego, że w ten sposób możemy działaniem promieni cieplnych wydalić drobnoustroje z głębi skóry na jej powierzchnię i tutaj je zniszczyć działaniem promieni niebieskich, to przecież nie jest to jeszcze najkrótsza droga do wydalenia drobnoustrojów i ich jadów ze skóry, albowiem promienie niebieskie, oddzielone od promieni czerwonych, mogą przez silne i prędkie ogrzanie skóry wywołać zapalenie skóry i spalenie. Dlatego najlepiej w powyższym celu używać równoczesnego działania wszystkich rodzajów promieni świetlnych na skórę, albowiem w ten sposób najsilniej zostają drobnoustroje wypocone z głębi na powierzchnię i to bez silnego ogrzania skóry.

Finsen[12]), który zajmował się miejscowem działaniem światła na skórę, a głównie jego wpływem w przebiegu ospy, podaje, że do doświadczeń zachęciło go spostrzeżenie, że na tych miejscach ciała, które są wystawione na działanie światła, a zatem na rękach i twarzy, powstają najgłębsze i najliczniejsze blizny.

Głównym czynnikiem tutaj są promienie chemiczne, albowiem z chwilą ich usunięcia przez umieszczenie chorych w pokojach z żaluzyami czerwonemi nie przychodziło do ropienia, podniesienia ciepłoty i obrzęków. Chorzy z okresu pęcherzyków przechodzili wprost w okres zdrowienia, a choroba przebiegała pomyślnie i bez pozostawienia najmniejszych na ciele blizn.

Finsenowi mamy również do zawdzięczenia zastósowanie promieni światła elektrycznego do celów leczniczych w wilku *(lupus)*.

Ponieważ działanie światła na liczne drobnoustroje jest bardzo powolne, przeto wzmocnił Finsen działanie światła odpowiedniemi zwierciadłami i soczewkami. Równocześnie dla uniknięcia ujemnego działania zgęszczonych promieni czerwonych, pomarańczowych i żółtych, starał się je usunąć przy pomocy roczynu błękitu metylenowego lub witryolu miedzi. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że powyższe promienie, jako cieplne, mają nieznaczny tylko wpływ niszczenia drobnoustrojów, podczas gdy najważniejszą rolę odgrywają tutaj promienie najwięcej łamliwe. W ten sposób otrzymane światło niebieskie lub niebiesko-fioletowe jest najszkodliwszem dla drobnoustrojów.

Po odprowadzeniu krwi z miejsca zajętego sprawą patologiczną zapomocą odpowiednich przyrządów uciskających, poddawał je następnie Finsen działaniu promieni chemicznych, pod wpływem których występowało najpierw silne lub słabe zaczerwienienie skóry, lub nawet tworzenie się pęcherzyków, które atoli po ukończeniu leczenia zabliźniają się bardzo szybko, zaczerwienienie zaś skóry, jakkolwiek znika nieco wolniej, to jednak znika również w zupełności.

Przechodząc do leczenia kiły kąpielami w świetle elektrycznem, należy przypomnieć, że właściwie do dziś nie znamy na pewno przyrody cierpienia, pomimo znajomości prątka Lustgartena; również nie wiemy, w jaki właściwie sposób działa jod i rtęć, to przecież mimo tego nie mamy innego środka, któryby tak dobrze mógł usunąć objawy kiły. Ale nasuwa się tutaj ważne pytanie, czy po kilku, a nawet kilkunastu latach występujące po wcierkach objawy trzeciorzędne w rdzeniu i mózgu nie są objawami zatrucia ustroju rtęcią, tem więcej, że objawy te nie zawsze ustępują po zażywaniu jodu, pomimo podawania go przez bardzo długi czas, gdyż rtęć daje się wykazać w pocie, uzyskanym zapomocą kąpieli świetlnej, nawet po upływie kilku lat od chwili stósowania rtęci. Otóż w tych przypadkach późniejszych chorób kiłowych leczenie światłem z równoczesnem podawaniem jodu jest nie tylko wskazanem, ale daje nadzwyczaj dobre wyniki, usuwając z ustroju wraz z resztkami rtęci i inne ciężkie objawy kiły, że wspomnę tylko o ustąpieniu bólów przy wiądzie rdzenia i powróceniu możności chodzenia.

Zresztą leczenie kiły kąpielami potnemi jest tak dawnem, jak dawnem jest rozpoznanie, że rtęcią można wywołać zmiany patologiczne w ustroju. W piśmiennictwie nie trudno znaleźć opisane przypadki odpowiednie, gdzie energiczne procedury napotne usunęły objawy kiły. Przebieg tego rodzaju przypadków przy stosowaniu kąpieli potnych, a głównie w świetle elektrycznem, jest najlepszym dowodem, że silne wydzielanie się potu, połączone z równoczesnem wzmo-

[10]) *Vierteljahrschrift für Dermatol. u. Syphilis*, 1887, str. 1113.
[11]) Ergänzungsheft *Arch. f. Dermatologie u. Syphilis.* 1892, str. 187.
[12]) Aerztlicher Central Anzeiger, 1899

żeniem przemiany materyi, jest bardzo korzystnem dla wydalenia z ustroju jadu kiłowego i jednoczesnego uodpornienia go na działanie jadu kiłowego. Wszak w świetlnej kąpieli elektrycznej możemy zupełnie usunąć obrzmienie gruczołów, którego usunięcie uważamy za koniec leczenia.

Nie chodzi tutaj zatem o leczenie kiły jedynie i wyłącznie kąpielami w świetle elektrycznem, ale o przypadki stare i leczone już rtęcią i jodem, podczas gdy w przypadkach świeżych, bezwarunkowo wskazaną jest zarówno dobrze rtęć, jak jod.

Jeżeli po dłuższem podawaniu jodu i stósowaniu różnych kąpieli potnych daje się jeszcze wykazać rtęć w pocie, uzyskanym przez kąpiel w świetle elektrycznem, to musi to przemawiać za swoistem działaniem światła na rtęć, które ją zmienia chemicznie w ten sposób, że może być potem wydaloną z ustroju.

Kattenbracker[13]), na podstawie dotychczasowych doświadczeń powiada, że: 1) zastarzałe, trzeciorzędne postacie kiły, a głównie te, które objawiają się różnemi zmianami na skórze, polegają najprawdopodobniej na zatruciu rtęcią, gdyż podczas gdy rtęć tutaj zastósowana nie przynosi nie tylko najmniejszej ulgi, ale może wywołać pogorszenie, to kąpiel w świetle elektrycznem daje bardzo dobre wyniki; 2) świeżych przypadków kiły nie można wyleczyć jedynie kąpielami w świetle elektrycznem, ale kąpiel elektryczna świetlna, równocześnie z rtęcią zastósowana, skraca w znacznym stopniu czas leczenia. 3) W przypadkach, gdzie chorzy po przebyciu przed laty leczenia rtęciowego, z innych powodów brali świetlne kąpiele elektryczne, nie można było w ich pocie nigdy wykazać rtęci. Przeciwnie, ilekroć chorzy przebyli kuracyę rtęciową, a zwracali się do kąpieli w świetle elektrycznem z powodu objawów, które można było odnieść do poprzedniego zakażenia jadem kiłowym, można było zawsze wykazać rtęć w pocie.

Co do **żylaków**, to dodatnie działanie światła daje się tutaj odnieść do własności światła wzmożenia sprężystości włókien mięśni naczyniowych i wyrównania zastojów żylnych.

W przypadku, który leczyłem promieniami świetlnymi, silnie rozwinięte żylaki na obu nogach, pod wpływem działania jedynie tylko światła elektrycznego w świetlnej kąpieli elektrycznej ustąpiły w zupełności, a chory obecnie może już swobodnie chodzić, pomimo tego, że przed leczeniem wszelki, choćby najmniejszy już ruch, był bardzo utrudniony.

Biorąc rzecz ogólnie, pamiętać należy o działaniu poszczególnych promieni, indywidualizować poszczególnych chorych, a przypadki, pokrewne sprawom gośćcowym, poddawać działaniu świetlnych kąpieli elektrycznych, w których wielkie znaczenie mają promienie czerwone.

Przypadki na tle nerwowem i przypadłości ze strony serca powinny być poddane najpierw działaniu promieni chemicznych, gdyż pod ich wpływem daleko szybciej tworzą się czerwone ciałka krwi i t. p., aniżeli pod wpływem promieni świetlnych od lampek elektrycznych żarowych.

W świetle elektrycznem zyskaliśmy jeden z najcenniejszych środków leczniczych, który, umiejętnie zastosowany, może oddać nie małe przysługi w usunięciu niektórych spraw patologicznych.

[13]) Quecksiler u. Lichttherapie bei der Syphilisbehandlung. (*Arch. f. Lichttherapie*, 1899).

Że nie chodzi tutaj jedynie o działanie psychiczne, dowodzi ujemny wpływ świetlnych kąpieli elektrycznych w macinnictwie; że zaś działanie światła nie odnosi się jedynie do jego własności napotnych, a zatem cieplnych, mamy dowód w dodatniem jego działaniu w różnych sprawach patologicznych, ale jedynie wtenczas, gdy promienie te usuniemy w zupełności, a tkankę odpowiednią poddamy działaniu światła zimnego.

Ale co więcej, nawet wtenczas, gdyby kąpiele w świetle elektrycznem należało stosować jedynie i wyłącznie tam, gdzie jest wskazanie dla kąpieli ciepłych, parowych i t. p., to jeżeli ich znaczenie tam jest wielkie i powszechnie uznane, to znacznie przewyższają je kąpiele w świetle elektrycznem, choćby tylko dlatego, że użyciu ich nie przeszkadzają powikłania ze strony serca, a w całości są bezsprzecznie nietylko daleko od tamtych czystszemi, ale i tańszemi.

Jeżeli zaś światło ma rzeczywiście wpływać dodatnio na wyrównanie różnych zaburzeń, powstałych w ustroju pod wpływem szkodliwych dla niego czynników, to powinno w pierwszym rzędzie przenikać skórę i tkanki, pod nią położone. Że tak jest w rzeczywistości, udowodniłem na innem już miejscu, gdzie starałem się również wykazać działanie zimnego światła, to jest pozbawionego promieni cieplnych, wpływu jego promieni na różne drobnoustroje chorobotwórcze, jak niemniej własności promieni chemicznych, to jest niebieskich i czerwonych. Tam też starałem się udowodnić, jak znaczny wpływ światło wywiera nie tylko na wydzielanie się potu z ustroju, ale w jak wysokim stopniu wpływ jego zaznacza się na układzie nerwowym.

Tak więc, jeżeli wprowadzenie wody do terapii było nie małym krokiem w posunięciu się naprzód nauki leczenia, to daleko większe znaczenie w terapii ma światło, od którego zależnem jest życie wszelkich jestestw na ziemi. Działanie jego jest zupełnie odmienne od działania wody. Podczas bowiem gdy chemiczne i fizyczne działanie wody jedynie powoli przedostaje się z powierzchni ciała ku tkankom pod nią leżącym, to światło działa na skórę i znajdujące się pod nią tkanki nie tylko chemicznie i fizycznie, ale równocześnie wywiera wpływ swój na cały układ nerwowy ośrodkowy.

Wszak światło wywołuje zarówno ruchy chemotaktyczne, jak mitotyczne komórek, które możemy spostrzegać zarówno na roślinach, jak zwierzętach, a które to ruchy i przemiany komórek nie polegają wyłącznie na endozmozie i egzozmozie, na ich obrzmieniu lub kurczeniu się, ale są w całem tego słowa znaczeniu wymarszem całego szeregu komórek w sprawach zapalnych i wynikiem przemiany czy to wstecznej, czy postępowej, która polega na zmianach drobinowych.

V. Wyciągi.

Adalbert v. Walla; **Pęknięcie całkowite macicy, wyłuszczenie zapomocą cięcia brzusznego, wyleczenie.** (*Centralblt. f. Gynäkol.* Nr. 19, 1890). Podając historyę choroby kobiety, wieloródki, która w 12 godzin po nabytem pęknięciu macicy przywiezioną została do kliniki Budapeszteńskiej, gdzie została ocaloną przez wyłuszczenie macicy drogą jamy otrzewnowej, zeszycie jamy otrzewnowej i sączkowanie rany po wyłuszczeniu, do pochwy — autor omawia szczegółowo postępowanie lecznicze w przypadkach pęknięcia macicy, które w pierwszym rzędzie ma być zapobiegawcze tam, gdzie pęknięcie macicy grozi, w razie zaś już dokonanego pęknięcia postępowanie zależy od tego, czy poród już dokonany, czy też nie;

czy pęknięcie macicy jest całkowite, czy tylko częściowe. W razie niedokonanego jeszcze porodu, przy pęknięciu macicy kobieta może być w dwojaki sposób rozwiązaną: albo drogą naturalną (przez pochwę), albo przez otwarcie jamy brzusznej, a wybór sposobu zależeć będzie od tego, czy płód tylko małym odcinkiem w jamie brzusznej się znajduje i z łatwością przez pochwę wydalonym być może, czy też cały płód leży już w jamie otrzewnowej, lub też tylko częściowo, gdzie jednak przypuszczać należy, że płód z trudnością tylko i z narażeniem macicy na większe przedarcie przez pochwę dałby się wydalić. Podczas gdy po dokonanym porodzie przy pęknięciu częściowem macicy tylko sączkowanie (drainage) rany do pochwy wystarczy, to postępowanie lecznicze przy całkowitem pęknięciu może być rozmaite, albo zachowawcze (tamponada, uciskający opatrunek na brzuch, lód), albo też chirurgiczne, które znów polegać może na otwarciu jamy brzusznej i zespojeniu rany macicznej z przedarcia powstałej, na amputacyi nadpochwowej macicy, lub też wyłuszczeniu macicy, — czy to drogą pochwy, czy to drogą jamy otrzewnowej. Omawiając bliżej wskazania do poszczególnych sposobów postępowania, wyżej wymienionych, przyznaje autor wyższość radykalnemu postępowaniu, t. j. wyłuszczeniu macicy drogą jamy otrzewnowej (naturalnie, o ile stosunki i stan chorej na to pozwalają), które wskazane jest przedewszystkiem tam, gdzie zachodzi obawa, że chora prawdopodobnie już poza obrębem kliniki zakażoną została, jak w przypadku wyżej opisanym, gdzie położna badała i 12 godzin przed przywiezieniem chorej do kliniki lekarz ukończył poród w niedogodnych warunkach, tuż po pęknięciu macicy, przez obrót, wydobycie płodu i ręczne wydalenie łożyska z jamy otrzewnowej. Wyłuszczenie macicy całkowite drogą jamy otrzewnowej zespojeniem błony otrzewnowej i sączkowanie do pochwy ma tę wyższość nad amputacyą nadpochwową, że pierwsze usuwa wszelkie zniszczone części macicy, które przedewszystkiem do zakażenia są skłonne i przystępne, a ma także wyższość nad wyłuszczeniem macicy drogą pochwy o tyle, że pole operacyjne lepiej widoczne i przystępne dla operującego. — Ma to wagę przedewszystkiem w tych przypadkach, gdzie przedarcie otrzewnej sięga wysoko (czasem do grzebienia kości biodrowej), jak to podczas operacyi w wyżej opisanym przypadku spostrzegano.

Na poparcie swych zapatrywań przytacza autor statystykę pęknięć macicy z kliniki położniczej Kézmàrszkyego, gdzie na 28 przypadków było 17 częściowych, 11 całkowitych pęknięć. Z 17 częściowych pęknięć, leczonych zachowawczo, tylko 7 ocalało. Z 12 przypadków całkowitych pęknięć 6, leczonych zachowawczo, zakończyło się śmiercią; z reszty (5) leczonych chirurgicznie (których historyę choroby autor w krótkości podaje), dwie ocalały, jedna zmarła wskutek zakażenia połogowego, jedna z powodu zbyt wielkiej utraty krwi, a jedna wskutek krwotoku przez rozluźnienie się podwiązki.

Dr. L. Friedmann.

Rencki: **Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidowego krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka.** (*Pamiętnik wydany na jub. prof. E. Korczyńskiego).* Na podstawie klinicznego badania krwi w całym szeregu przypadków raka i wrzodu żołądka przychodzi autor do wniosku, iż zmiany we krwi nie stanowią nic znamiennego dla tych chorób, a zależą tylko od towarzyszącej im niedokrewności. Badając szczegółowo zachowanie się ciałek białych przekonał się autor, że ani odsetkowy ich stosunek, ani leukocytoza trawienna nie dostarcza cech, rozróżniających te dwie choroby. Natomiast leukocytoza trawienna zależną jest od prawidłowej czynności odźwiernika i jelit. Autor badał bowiem leukocytozę trawienną u ludzi zdrowych, dalej u chorych, cierpiących na raka lub wrzód okrągły żołądka z objawami niedrożności odźwiernika lub po usunięciu jej zapomocą operacyi i przekonał się, iż leukocytoza trawienna pojawia się zawsze w 3—4 godzin po jedzeniu, a dla powstawania jej potrzebną jest prawidłowa czynność odźwiernika i jelit. Od zmian chorobowych tych narządów zależy brak leukocytozy trawiennej w stanach patologicznych przewodu pokarmowego. Brak zaś leukocytozy trawiennej u ludzi zdrowych odnieść można do osłabienia kurczliwości odźwiernika, sprowadzającego następową jego niedomykalność. *Dr. Latkowski.*

Haeberlin (Zurych): **Leczenie surowicą w przypadkach posocznicy.** (*Wienek klin. Rundschau*, Nr. 28, 1900). Po wyczerpującem, a treściwem omówieniu całego dotyczącego postępowania i po przeprowadzeniu licznych doświadczeń dochodzi autor do nastepujących wniosków: 1) Działanie antistreptokokcyny (Marmorek) jest niepewnem; na przebieg niektórych przypadków posocznicy zupełnie nie wpływa. 2) Z uwagi na nieszkodliwość tego środka, są dalsze lecznicze doświadczenia usprawiedliwione. 3) Rozległe badania kliniczne nad zapobiegawczem działaniem tej surowicy są wskazane. 4) Wyrób skutecznej działającej surowicy zależy od dalszego bakteryologicznego wyświetlenia sprawy paciorkowców. Wreszcie nadmienić trzeba, że ponieważ dawkę 30,00 surowicy znosi ustrój bez szkody, — nie należy początkowo podawać mniej, niż 20,00, w razie zaś potrzeby dawkę tę należy dnia następnego powtórzyć. Wprawdzie Marmorek zrzeka się przy tem wszelkiego innego leczenia miejscowego, zważywszy jednak niepewność działania antistreptokokcyny, nie powinno się — zdaniem autora — odrzucać i innych dotychczas używanych środków. *Dr. Henryk Pisek.*

Knopf (Nowy-York): **Wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc.** (*Zeitschrift fur Tuberkulose und Heilstättenwesen*, tom I, zeszyt 3). Autor znaczną część swej rozprawki poświęcił ogólnie dotychczas znanym objawom rozpoczynającej się gruźlicy (budowa ciała, ciepłota, znamienne wypieki na twarzy i t. d.) zbyteczna więc to streszczać, nadmienić atoli trzeba, że według autora należy tu także *tachycardia* i objaw, opisany już przez Murata, zasadzający się na tem, że podczas donośnej mowy chorego występuje znamienne drżenie schorzałego płuca, które chory w dotyczącem miejscu nieprzyjemnie odczuwa, — zagęszczone bowiem okolice lepiej przewodzą głos, aniżeli powietrzne. Również i stopień niedokrewności może dawać cenne wskazówki co do gruźlicy, — w szczególności zaś tych niedokrewnych należy uważać za skłonnych do suchot, którzy wykazują: 1) że ich tusza (t. j. stosunek ciężaru ciała wyrażonego w hektogramach, do wysokości wyrażonej w centymetrach) mniejszą jest, niż 3; 2) że zdolność oddechowa (Respirationsfähigkeit), mierzona spirometrem, wynosi 3 litry u chorych średniego wzrostu, a $2^1/_2$ dla niższych; 3) obwód klatki piersiowej jest mniejszy, aniżeli połowa wysokości osobnika; 4) że ilość uderzeń tętna nie zmienia się w różnych położeniach ciała; 5) że ciśnienie w tętnicy sprychowej jest mniejsze od słupa rtęci o 13 ctm., — a nie ma innej przyczyny dla wyjaśnienia tego objawu. Wspominając wreszcie o promieniach röntgenowskich, jako środku pomocniczym dla rozpoznania poczynającej się gruźlicy, zaznacza autor, że pomimo ścisłych w tym kierunku badań (Bouchard, Koloch, Levy-Dorn, i inni) postępowanie to nie daje na razie zadowalniających wyników i nie może zgoła zastąpić ani opukiwania, ani osłuchiwania. *Dr. Henryk Pisek.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 17 stycznia 1900.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Członków obecnych 13.

1) Kol. Kośmiński przedstawia przypadek wypadnięcia macicy u osoby, która nigdy nie rodziła i nie spółkowała. U osób takich nie wydarza się cierpienie to prawie nigdy — prelegent przypomina sobie jednak podobny przypadek u chorej, która nigdy nie rodziła. Wówczas leczenie sposobem Thure-Brandta odniosło trwały skutek, o czem prelegent po 3 latach miał sposobność przekonać się.

W dyskusyi przytacza kol. Bylicki jeden taki przypadek z literatury u 16-letniej dziewczyny, kol. Mars opisuje zaś spostrzegany przez siebie w Wiedniu przypadek *prolapsus uteri in virgine intacta*. Kol. Hojnacki widział również urazowe wypadnięcie macicy u osoby, która nigdy nie rodziła.

2) Kol. Kośmiński przedstawia przypadek torbiela pochwowego, wielkości jaja kurzego, usadowionego pod tylną i prawą ścianą w wysokości połowy pochwy. Torbiel spowodował tu wynicowanie pochwy. Przypadki takie są rzadkością.

W dyskusyi wspomina kol Rosner, iż widział podobny, choć mniejszy torbiel pochwowy, z którego po nacięciu wydostał płyn koloidowy.

3) Kol. Mars przedstawia preparat i fotografię i omawia przypadek włókniakomięśniaka prawego okrągłego więzu macicy w przewodzie pachwinowym. Przypadek ten ogłoszony został w numerze 16 *Przeglądu lekarskiego* z dnia 21 kwietnia 1900.

W dyskusyi porusza kol. Bylicki pytanie, w jaki sposób da się tłómaczyć przesunięcie pępka ku stronie lewej, które w tym przypadku spostrzegano. Kol. Sołowij wyraża pewne wątpliwości co do pochodzenia guza, który był zrośnięty z kolcem przednim, górnym kości biodrowej. Kol Kuczera podnosi wobec tego, że guzy, wychodzące z powięzi, mogą wprawdzie także zawierać włókna mięsne, ale nie w takiej ilości, jak tutaj. Kol. prelegent odpowiada kol. Bylickiemu, że w piśmiennictwie nie znalazł nigdzie wzmianki co do takiego przesunięcia pępka; w odpowiedzi zaś kol. Sołowijowi zaznacza, że wiązki łączno-tkankowe między guzem a kolcem kości biodrowej okazują zupełnie inne utkanie, niż sam guz.

Sekretarz: *Dr. Kwiatkiewicz.*

VII. Korespondencye.

Paryż, 9 sierpnia.

D. 2 sierpnia odbyło się zgromadzenie delegatów słowiańskich, zwołanych przez narodowy komitet czeski, w celu zastanowienia się nad kilkoma sprawami, obchodzącemi ogół lekarzy pojedynczych narodów słowiańskich.

Ażeby zrozumieć należycie, co spowodowało komitet czeski do zapoczątkowania tego kroku, należy w paru słowach wyjaśnić stosunek literacki narodów słowiańskich (prócz rosyan) do piśmiennictwa zachodnio-europejskiego, w szczególności zaś niemieckiego.

Walka rasowa szczepów słowiańskiego i germańskiego dosięgła i stosunków literacko-naukowych, a piśmiennictwo niemieckie z zasady nie uwzględnia w swych sprawozdaniach prac czeskich, polskie zaś tylko w małym stopniu, jeśli te prace lekarzy słowiańskich nie zostały ogłoszone w jednym z języków t. zw. „kulturnych“. Nie mogąc na innej drodze pokonać tej swego rodzaju „zmowy“, postanowili lekarze czescy obejść oporne stanowisko niemców i w tym celu zamierzyli wytworzyć samoistne ognisko umysłowe lekarzy słowiańskich. Tą myślą kierowani wezwali oni, jak wyżej powiedzieliśmy, słowiańskie komitety narodowe XIII-go kongresu lekarskiego do wyznaczenia delegatów na wiec, któryby się zastanowił nad literacko-naukową solidarnością lekarzy słowiańskich. W wezwaniu tem komitet czeski wymienił trzy następujące wnioski, które miały stanowić podstawę do obrad: 1) wydawanie wspólnego czasopisma przez wszystkich słowian, każdy naród w swojem narzeczu; 2) dążenie do zbliżenia wyrazownictwa lekarskiego narodów słowiańskich i 3) urządzanie peryodycznych międzysłowiańskich zjazdów lekarskich. Na projekt taki, z powodów nader zrozumiałych dla każdego polaka, komitet polski zgodzić się nie mógł; uważał atoli za swój obowiązek zasięgnąć zdania najobszerniejszych i najwięcej powołanych kół, a następstwem tego ostrożnego postępowania było stwierdzenie zupełnej jednomyślności komitetu z ludźmi, najwięcej zainteresowanymi w tej sprawie. Przybycie lekarzy czeskich na IX Zjazd lekarzy polskich do Krakowa, dobra wola takich ludzi, jak Vesely, Vlasak, K. Chodounský, doprowadziły do wyrównania różnic i do przychylenia się kolegów czeskich na stronę zaproponowanych przez lekarzy polskich zmian, odpowiadających interesom naszym i sprowadzających cały projekt do granic wykonalnych.

Na zgromadzeniu delegatów które się odbyło w Paryżu dn. 2 sierpnia, byli obecni: prof. Hlava, prof. Pešina, doc. Veselý, dr. Semerad, prof. Dyakonow, doc. Łysenkow, prof. Wicherkiewicz, prof. Kostanecki, dr. Kwaśnicki, dr. Subbotić (Belgrad), dr. Vasić (Belgrad), dr. Gunndrum (Kroacya), dr. Sieminowicz (Chicago), dr. Zołotowicz (Bułgarya).

Przewodniczący prof. Hlava.

Powitawszy zgromadzonych delegatów, poddał przewodniczący pod rozprawy trzy następujące sprawy: I) założenie związku słowiańskich dziennikarzy pism lekarskich i wydawanie słowiańskiego czasopisma lekarskiego; II) powołanie do życia instytucyi peryodycznych międzysłowiańskich zjazdów lekarskich i III) sprawa terminologii lekarskiej narodów słowiańskich.

I. Sprawozdawcą wniosku pierwszego był prof. Pešina, który rozpoczął od odczytywania rysu historycznego sprawy zbliżania się lekarzy słowiańskich, a następnie uzasadniał swój wniosek założenia ogólno-słowiańskiego czasopisma lekarskiego. W rozprawach zabrał głos prof. Wicherkiewicz, który poparł myśl założenia związku słowiańskich dziennikarzy czasopism lekarskich; natomiast, co do wydawania pisma ogólnosłowiańskiego, to jest temu przeciwny i czyni wniosek, ażeby lekarze słowiańscy założyli czasopismo sprawozdawcze w języku francuzkim, odźwierciedlające całokształt piśmiennictwa lekarskiego u Słowian. Wniosek prof. Wicherkiewicza poparli: Hlava, Semerád, Veselý, Dyakonow, wszyscy sprzeciwiając się wnioskowi prof. Pešiny. Poczem przewodniczący poddał pod głosowanie pierwszą część wniosku prof. Pešiny, mianowicie założenie związku dziennikarzy pism lekarskich słowiańskich: ta część wniosku przeszła jednomyślnie. Natomiast upadła druga część wniosku, dotycząca założenia czasopisma ogólnosłowiańskiego, a przeszedł jednomyślnie wniosek prof. Wicherkiewicza — założenia pisma sprawozdawczego w języku francuzkim „Revue générale médicale slave“. Do komisyi, która się ma zająć ziszczeniem tego wniosku wybrani zostali: Dyakonow, Gunndrum, Kobryński, Kwaśnicki, Pešina, Subbotić, Štajner, Zołotowić. Po odczytaniu wyniku głosowania zastrzega się Kwaśnicki, że zastępuje tylko jeden dziennik; najwięcej pism lekar. polskich wychodzi w Warszawie, która na tym wiecu niema przedstawiciela, przeto przyjmuje mandat tylko w imieniu jednego czasopisma. Po tej uwadze Kwaśnickiego przyznano wybranej komisyi prawo uzupełniania się.

II. Doc. Veselý był sprawozdawcą wniosku, zmierzającego do zorganizowania peryodycznych międzysłowiańskich zjazdów lekarzy i przyrodników; na zjazdach takich wszyscy słowianie byliby w prawie zabierania głosu w swoim języku narodowym. Przy uzasadnianiu tego wniosku uczynił Dr. Veselý uwagę, że na zjazdach takich w obrębie Rosyi musiałyby być wszystkie języki równouprawnione, ażeby się nie stało tak, jak na zjeździe archeologicznym w Kijowie, gdzie rusinom zabroniono mówić w ich języku narodowym. W rozprawach przeciw wnioskowi, zmierzającemu do zorganizowania zjazdów ogólno-słowiańskich, przemawiali: prof. Wicherkiewicz, prof. Dyakonow i dr. Kwaśnicki. Natomiast przeszedł wniosek prof. Wicherkiewicza, ażeby Zjazdy lekarskie u narodów słowiańskich zachowały dotychczasowy charakter narodowy, a na zjazdy takie zaproszeni są raz na zawsze lekarze słowiańscy; narody słowiańskie, urządzające zjazdy lekarskie, dadzą wszelką rękojmię, że wprowadzą do statutu zjazdów §, dozwalający wszystkim słowianom posługiwać się własnym językiem.

III. Dr. Semerad uzasadnia wniosek, zmierzający do zbliżenia terminologii lekarskiej narodów słowiańskich. W rozprawach zabierali głos: prof. Wicherkiewicz, prof. Dyakonow, dr. Kwaśnicki i dr. Semerad. W myśl wnioskodawcy, wszyscy mowcy zgadzają się, że zebranie ludowego wyrazownictwa lekarskiego mogłoby posłużyć do takiego zbliżenia terminologii różnych narodów słowiańskich, gdyż rozbieżne drogi słowian schodzą się wszystkie u dołu, u ludu; zatem w gwarze ludowej należy szukać samoistnych i wspólnych słowianom wyrażeń. W dyskusyi zaznaczyli delegaci polscy, że co się tyczy terminologii lekarskiej polskiej, to źródła ludowe zostały już zużytkowane i będą objęte w „Słowniku terminologii lekarskiej polskiej“, który za rok wyjdzie. Inne narody słowiańskie postanowiły zebrać lekarskie wyrazy ludowe i ogłosić je drukiem. Nad całą tą sprawą roztoczyć ma pieczę ta sama komisya, która została wybrana do związku słowiańskich dziennikarzy z zakresu medycyny.

Na tem wiec zakończył swe obrady. Uwagi nad tem zgromadzeniem i jego uchwałami odkładam do listu następnego.

Dr. A. Kwaśnicki.

VIII. Stosunki lekarskie w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej.

Podał

Dr. E. F. Fronczak z Buffalo N. Y.

(Dokończenie).

Ponieważ w Ameryce każda chwila się liczy i każdy gorączkowo stara się wyzyskać czas, dlatego niektóre uniwersytety urządzają wykłady wieczorne dla dogodności tych słuchaczy, którzy we dnie pracują na chleb, wieczory zaś tylko mogą poświęcać na dalsze kształcenie się, i tak:

	Wykłady we dnie	wieczorem	we dnie i wieczorem
Medycyna .	135	5	9
Dentystyka .	47	4	0
Farmacya .	36	9	4
Weterynarya	7	0	3
Prawo . .	49	24	7

Tak jak w Europie, tak i w Ameryce niektóre uniwersytety mają tylko jeden wydział, inne po kilka wydziałów. Następujące zestawienie wykazuje, ile i które wydziały istnieją same, które są częścią zupełnych uniwersytetów:

	same	obok innych wydziałów	Razem
Medycyna .	82	74	156
Dentystyka .	20	36	56
Farmacya .	14	38	52
Weterynarya	6	11	17
Prawo . .	16	70	86
Teologia . .	119	46	165

Koszta nauki uniwersyteckiej, obliczone w dolarach, jako przeciętny wydatek roczny, w czem objęte są wpisowe, czesne, książki i pracownie, oraz utrzymanie, przedstawiają się w sposób następujący:

	Wpisowe	Kursa	Książki, pracownie	Utrzymanie	Razem rocznie	Ogółem trzeba do ukończenia studyów około
Medycyna .	10,68	82,39	49,47	281,20	423,74	2000
Dentystyka .	8,62	94,32	33,48	251,10	387,52	1400
Farmacya .	8,07	58,90	37,90	180,40	285,27	650
Weterynarya	7,85	81,28	43.50	220,00	352,63	1200
Prawo , .	14,00	69,80	10,86	260,82	295,48	700
Teologia . .	5,38	91,61	22,06	135,60	254,65	850

W powyższem zestawieniu wliczone są oczywiście tylko koszta nauk uniwersyteckich, bez uwzględnienia kosztów nauk gimnazyalnych i wstępnych.

Ponieważ wszystkie amerykańskie uniwersytety są prywatne, dlatego podaję poniżej statystykę ich m a j ą t k u.

Dochód i wydatki w roku ubiegłym:

	Liczba wydziałów	Majątek	Dochód	Wydatki
Medycyna .	156	21,476,036.40	3,071,114.28	2,842,435.44
Dentystyka .	56	3,392,170.32	1,119,989.92	1,073,390.08
Farmacya .	52	2,687,387.56	668,391.88	695,975.80
Weterynarya	17	906,731.04	184,020.75	190,408.50
Prawo . .	86	9,725,213.68	1,568,237.52	1,409,584.72
Teologia . .	165	52,697,579.55	3,390,132.90	2,824,722.45
Razem . .	532	90,885,118.55	10,001,887.25	9,036,516.99

Przeciętny majątek, dochód i wydatki:

	Majątek	Dochód	Wydatki
Medycyna .	137,666.90	19,686.63	18,220.74
Dentystyka .	60,574.47	19,998.82	19,167.68
Farmacya .	51,680.53	12,853.69	13,384.15
Weterynarya	53,337.12	10,824.75	11,200.50
Prawo . .	113,083.88	18,235.32	16,390.52
Teologia . .	319,379.27	20,546.26	17,119.53

Powyższe liczby świadczą najlepiej o bogactwach St. Zjednoczonych i sumach obracanych tam na wykształcenie uniwersyteckie. Ameryka, ogólnie zwana krajem materyalizmu, gdzie, jak mówią, każdy goni za dolarem i dla niego wszystko poświęca, zawdzięcza jednakże w zakresie instytucyi publicznych, naukowych i humanitarnych bardzo wiele prywatnej ofiarności. Wystarczy wymienić fundacye, ofiarowane Uniwersytetom amerykańskim w 5-ciu latach, 1894—1898:

	Teologia	Prawo	Medycyna Uniw.	Medycyna Szpitale	Biblioteki	Wykształcenie ogólne	Razem
1894	554,000	12,500	126,000	1,911,000	3,927,721	11.681,262	18.212,483
1895	570,000		755.000	2,722,367	3,602.667	10.817,255	18.467,289
1896	305,000			5,096,667	2,197,000	13 894,058	21.492,725
1897	244,500	145,000		3,394,167	2,341,000	21.224.166	27.318,833
1898	245.000		1,750,000	3.469.500	2 075.500	17.920.869	25.460,369
Raz.	1.918,500	127,500	2,631,000	16,593,701	14.143,888	75 537,610	110,952, 199

Co do uczęszczania k o b i e t na U n i w e r s y t e t y amerykańskie, to ze statystyki rządowej z r. 1898 dowiadujemy się, że kobiety uczęszczają na wszystkie wydziały uniwersytetów z wyjątkiem weterynaryi. — Na teologii było w tym roku 188; na prawie 147; na medycynie 1397, na dentystyce 162; na farmacyi 174; na pielęgnowaniu chorych (szpitalnictwie) 8004.

Prawdopodobnie w żadnym kraju niema tylu szkół medycznych, co w Ameryce; są tam alopaci, homeopaci, eklektycy, fizyomedykaliści, osteopaci, irtepaci, elektropaci, hydropaci, lekarze bosey, magnetyczni, scyentyści, tacy, którzy leczą wiarą, myślą, światłem słonecznem, świeżem sianem etc. etc. Ma się rozumieć, że tylko niektóre Stany pozwalają na prowadzenie podobnej praktyki i dopuszczają do rozwielmożnienia się partactwa, gdyż większa część Stanów oprócz dyplomu uniwersyteckiego wymaga jeszcze egzaminów państwowych.

W Stanie nowojorskim i w innych Stanach, gdzie prawa są ostrzejsze, jak w Pennsylwanii, Ilinois, Massachusets i innych, odbywają się egzamina państwowe to jest „stanowe" 4 razy do roku w styczniu, kwietniu, czerwcu i wrześniu. Zazwyczaj egzamina te odbywają się w stolicy Stanu, jednakowoż w Stanie nowojorskim (N. Y.) odbywają się one prócz Nowego Yorku w Albany (stolica), Syrakuzie i Buffalo. Egzamina trwają 4 dni od wtorku do piątku, od godziny IX. 15—XII. 15 rano i od I. 15—IV. 15 popołudniu. Egzamina obejmują następujące przedmioty: anatomia i histologia normalna, fizyologia i higiena, chemia i toksykologia, chirurgia, położnictwo i choroby kobiece; patologia i bakteryologia; dyagnostyka, medycyna wewnętrzna; terapia i *materia medica*. Ze sprawozdania z dnia 1 lut. b. r. dowiadujemy się, że 833 kandydatów składało egzamina w Stanie N. Y., z tych 165 przepadło, to jest 19.73 procent. Od czasu jak zaprowadzono egzamina państwowe w Stanie N. Y. t. j. od 1893, egzaminowano 4808 kandydatów, z których 1086 odrzucono, czyli 22·58%.

Sądzę, że nie należy pomijać statystyki lekarzy, aptekarzy i dentystów w Stanie New-York, którego prawa najwięcej zbliżają się pod każdym względem do stosunków europejskich. W roku ubiegłym, to jest 1899, w samym Stanie New-York było 9,199 lekarzy, 2082 dentystów, 3.680 aptek. Z tej liczby w obecnem mieście Nowym-Yorku, złączonem z Brooklynem i t. d. mieszkało 4,615 lekarzy, 1097 dentystów, istniało 1498 aptek. Ponieważ Stan New-York w roku ubiegłym liczył około 7 milionów ludności, zatem przeciętnie przypadał jeden lekarz na 761 mieszkańców, 1 dentysta na 3,362 m., jedna apteka na 1,902 m. W samem mieście Nowym-Yorku, w którem żyje około 3,500,000 ludzi, przypada 1 lekarz na 758 m., 1 dentysta na 3210 m. i 1 apteka na 2190 m. Lecz nie tylko w stanie N. Y. przebywa tak ogromna liczba lekarzy, dentystów i aptekarzy, gdyż w stanie Connecticut, liczącym 900,000 mieszk., było w tym samym czasie 945 lekarzy, 352 dentystów, 283 apteki; w stanie N. Jersey na 2,000,000 ludności było 1500 lekarzy, 390 dentystów i 840 aptek! Ze statystyk dowiadujemy się, że stosunek lekarzy do ludności w Ameryce wynosi 1 do mniej, niż 600, gdy tymczasem w Anglii stosunek ten wynosi 1 do 1,100; w Rosyi 1 do blizko 8,000.

Rosya w b. r. postanowiła zapobiedz hiperprodukcyi lekarzy w państwie ros. w ten sposób, że na pierwszy rok medycyny w Warszawie i Kazaniu może być przyjętych tylko po 100 słuchaczy, 200 w Kijowie i 250 w Warszawie i Petersburgu. Istotna szkoda, że w Ameryce nie można wprowadzić w życie podobnego prawa!

W Ameryce w stosunku do ludności mamy 4 razy tyle lekarzy, co Francya, 5 razy tyle, co Niemcy, 6 razy tyle, co Włochy. Pomimo znacznej liczby lekarzy nie ma w Ameryce prawie proletaryatu lekarskiego. Lekarz, któremu praktyka się nie opłaca, natychmiast zabiera się do innej pracy i wkrótce lekarza tego spotykamy, jako agenta krochmalu, księgarza, kupca lekarskich materyałów i t. p. Nie mówię tu o Polakach, lecz wogóle o lekarzach wszelkich narodowości, które giną zresztą w chaosie amerykańskim. Nie krępując się fałszywym wstydem, pracuje w Ameryce lekarz bez pacyentów w jakimkolwiek zawodzie lub rzemiośle.

Co się tyczy sposobu zarobkowania i dochodu lekarzy, to większość chorych w Ameryce zgłasza się do domu lekarza i tam za przeciętną opłatą 50 centów amerykańskich na wsiach i w uboższych częściach miast większych, bywa badaną i zarazem dostaje pigułki, które niemal każdy lekarz amerykański ma w domu na wszystkie choroby. Za poradę w domu chorego lekarz dostaje zazwyczaj dolara; w nocy sumę podwójną. Za poród dostaje lekarz 10 dol., a do porodu wzywają lekarza dopiero, gdy już babka lub akuszerka nie może sobie dać rady.

Koniec końcem dochód lekarza w St. Zj. nie wynosi przeciętnie 1,000 dolarów rocznie. 1,000 dol. równa się niby 2,400 guldenów, lecz za guldena dostaje się tyle w Austryi, co za dolara w Ameryce; jednem słowem, że amerykańskich 1,000 dol. tylko tyle znaczą, co 1,000 guldenów w Austryi. Ma się rozumieć, że spotyka

się w Ameryce lekarzy, chirurgów i akuszerów, którzy mają od 50 do 250 tysięcy dolarów dochodu rocznie; liczba tych szczęśliwców jest jednak bardzo, bardzo mała. Większość lekarzy zatem prowadzi życie tylko wygodne i rzadko się zdarza, żeby lekarz zdobył sobie majątek wyłącznie z praktyki lekarskiej.

Dotychczas nie ma w St. Zj. ministra, czyli, jak u nas nazywają, sekretarza zdrowia w gabinecie prezydenta. Jest jednakowoż bióro, zatrudniające kilkudziesięciu lekarzy w Washingtonie; w różnych częściach St. Zj. jest kilkuset lekarzy, których jedynem zadaniem jest zwalczać epidemie, ustanawiać kwaratanny, badać wszystkich emigrantów, na okrętach przybywających do St. Zj. W poszczególnych Stanach są bióra higieny i zdrowia publicznego, które wypełniają swe obowiązki dobrze, czego dowodem, że w St. Zj. rzadko tylko władze nie zdołają przeszkodzić rozszerzeniu się jakiejkolwiek epidemii.

Wydział zdrowia miasta Buffalo, liczącego 400,000 mieszk., mniej więcej posiada ten sam ustrój, co i w innych większych miastach St. Zj. Naczelnikiem czyli komisarzem Wydziału zdrowia musi być lekarz, praktykujący najmniej lat dziesięć. Prezydent miasta naznacza na lat 4 takiego komisarza, pobierającego za swoje czynności 4.000 dolarów (20,000 koron). Ma on pod swą władzą kilku pomocników, pisarzy, chemika, inspektorów aptek, mleka, bydła, rzeźni, sklepów, inspektorów domów, ulic, kanalizacyi, dwóch bakteryologów, 10 lekarzy miejskich (dla ubogich), którzy pobierają przeciętnie 400 dol. rocznie (2,000 k.); do tego wolno im praktykować. Razem pracuje tam przeszło 50 osób, które pobierają rocznie przeszło 60,000 dolarów, to jest 300,000 koron waluty austryackiej. Wszyscy wyżej wymienieni najprzód składają egzamina, tak zwane „Egzamina służby cywilnej“ przed komisyą (której mam być zaszczyt członkiem). Pomiędzy pracującymi w tym wydziale w Buffalo jest Polak, P. Urbański, który uczęszczał na wydział prawny Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Do Wydziału zdrowia posyła się telefonicznie na koszt miasta zawiadomienie o nagłej śmierci, chorobach zaraźliwych i t. d.

Do Wydziału zdrowia należy też przeprowadzenie badań bakteryologicznych w kierunku obecności w wydzielinach chorych — prątków gruźliczych, dwoinek rzeżączkowych (gonokoków), prątków błoniczych i t. d.

Obowiązkowo muszą lekarze donosić Wydziałowi zdrowia o następujących chorobach, uważanych za zaraźliwe: cholera, żółta febra, dżuma, ospa, płonica, błonica i dławiec, odra, zapalenie opon mózgordzeniowych, dur powrotny, dur brzuszny, gruźlica płuc, krztusiec, zapalenie nagminne ślinianek przyusznych, grypa, wścieklizna. W przypadkach śmierci z siedmiu pierwszych w wykazie tym chorób nie wolno odprawiać publicznego pogrzebu, a pogrzeb musi się odbyć w przeciągu pierwszej doby po śmierci.

Na zebraniach towarzystw lekarskich amerykańskich słyszymy zazwyczaj o nowych wynalazkach, odkryciach, operacyach, zrobionych przez naszych kolegów. Tu te wynalazki, operacye, teorye lekarskie niejako się dystylują, a na świat szeroki wypuszcza się je dopiero niejako pod firmą towarzystwa i za zgodą członków. Dlatego towarzystw w Ameryce nie brak.

W roku 1735 założono pierwsze Towarzystwo lekarskie w Ameryce; obecnie jest ich tysiące, rozrzuconych po całym kraju. Są tu towarzystwa państwowe i miejscowe; istnieją towarzystwa, zajmujące się wyłącznie jednym działem nauk lekarskich, inne zaś wszystkiemi jej gałęziami. Największem i najliczniejszem Towarzystwem jest Americ. med. Association, które zaszczyciło mnie mandatem delegata na obecny nasz Zjazd polski i poleciło wyrazić Zjazdowi serdeczne życzenia i uznanie za doniosłą działalność naukową. Zgromadzenia, a raczej Zjazdy tego Am. med. Ass. odbywają się corocznie z kilkutysięcznym udziałem. Uczestnicząc, jako delegat Tow. lek. powiatu Erie, w r. z. w takiem zgromadzeniu w St. Ohio, zdziwiłem się niemało, dowiedziawszy się, że samych delegatów różnych towarzystw miejscowych przybyło na zjazd przeszło 2000! W roku bieżącym zjazd odbył się w Atlantic City, w pobliżu Filadelfii, gdzie spodziewano się kilku tysięcy lekarzy. Zjazdy te zupełnie podobne do naszego niniejszego i składają się z około 30 sekcyi, a trwają zazwyczaj dni 4 do 5.

Pierwszem p i s m e m l e k a r s k i e m było *New York Medical Repository*, które ukazało się w r. 1797 i wychodziło co kwartał. Obecnie w St. Zj. jest 10 tygodników lekarskich (które obejmują od 60 do 120 stron druku), objętości „Przeglądu Lekarskiego“. Swego czasu istniał d z i e n n i k lekarski w N. Y., lecz tenże się nie opłacał. Razem w Ameryce wychodzi 240 pism, poświęconych wyłącznie medycynie. Niektóre z nich mają po 30,000 i więcej abonentów. Cena jest bardzo przystępna. Najlepsze pisma tygodniowe, które przeciętnie mają około 100 stron objętości, kosztują tylko 3 do 4 dolarów rocznie; miesięczniki dolara do dwóch dolarów.

Literatura lekarska wzrosła w Ameryce *pari passu* z wzrostem lekarzy. W roku 1776 wyszła tylko 1 książka, napisana przez lekarza amerykańskiego, i 23 broszury i przedruki. Tymczasem do roku bieżącego wydano już 7,000 dzieł lekarskich. Obecnie w Ameryce ukazuje się rocznie 300 książek i broszur lekarskich na półkach księgarni i 5,000 rozpraw w czasopismach lekarskich. W bibliotece rządowej jest przeszło 45,000 dzieł lekarskich w różnych językach. Biblioteka otrzymuje 1,100 czasopism w różnych językach, poświęconych wyłącznie medycynie.

Stan New-York płaci rocznie 100,000 dol. czyli ½ mil. koron na utrzymanie „stanowej“ pracowni patologicznej w celu wykrycia kazuistyki raka. Pracownia ta mieści się w Buffalo przy Uniwersytecie pod dyrekcyą profesora Parka, jednego z najwięcej znanych chirurgów nie tylko w Ameryce, lecz i poza jej granicami. W pracach swoich nad etyologią raka oświadczają się Prof. Park, jego asystenci: Gaylord, Pease i Lyon za pasorzytniczą teoryą tej choroby, podając za jego przyczyną drobnoustrój z klasy podstawczaków (*Basidiomycetes.*). Jako zwolennicy teoryi pasorzytniczej zbliżają się badacze ci w swych sądach do zapatrywań Prof. Sanfelice z Rzymu, Glimmera z Londynu i Roncaliego z Sardynii. Prof. Nicolo z Harvard Uniwersytetu w Bostonie otrzymał 100,000 dolarów jako fundusz na pokrycie kosztów badań, podjętych w tejże sprawie. Tak samo Prof. Welch w John Hopkins Uniw. w Baltimore pracuje nad przyczyną raka i nowotworów. Dlaczego tylu lekarzy, amerykańskich stara się zbadać etyologię raka? Dla tego, że śmiertelność, powodowana przez tę chorobę w Ameryce w ostatnich kilku latach, jest przeszło 3 razy większą, niż była kilkanaście lat temu. Jest ogólnem mniemaniem w Ameryce, że w okręgu 200 mil od miasta Buffalo więcej ludzi umiera na raka, niż gdziekolwiek na świecie. Wspominając o badaniach naukowych na wielką skalę, niepodobna pominąć dwóch jeszcze instytucyi. Blizko miasta Buffalo jest ogromny państwowy zakład dla epileptyków, gdzie także pracują nad przyczyną i leczeniem padaczki. W tych dniach stan New York wyasygnował 100,000 dolarów na zakupno miejsca w górach Adisondach pod nowy bezpłatny zakład dla leczenia suchotników. Tak jak Bignami, Grassi, Dionisi i Bastianneli w Włoszech, jak Koch w Niemczech, Roos i Daniel w Anglii, Danielewski w Rosyi, Laveran w Francyi, tak w Ameryce William S. Hayer i Mc Callum pracują nad teoryą przyczyny malaryi (czyli zimnicy). Wynik pracy tych wszystkich uczonych jest zgodny z wynikami badań, prowadzonych w Europie, co do roli komarów (Anopheles) w roznoszeniu zarazka zimniczego.

W roku ubiegłym Uniw. John Hopkins w Baltimore, jeden z najbogatszych i największych uniwersytetów amerykańskich, wysłał Drów Szymona Flexnera i Lewellego Baker na Filipiny, w kraje podzwrotnikowe, aby badać przyczynę biegunki stref gorących. Obaj ci badacze odkryli przyczynę tej choroby w postaci swoistego prątka. Generał Sternberg, główny chirurg armii St. Zj., zajmuje się badaniem przyczyny żółtej febry; jego spór ze Sanarellim z Włoch o przyczynę febry żółtej jest znany równie dobrze w Europie, jak w Ameryce, gdzie zresztą również Sanarelli liczy zwolenników. Sternberg pracuje również nad teoryą szerzenia się zimnicy za pośrednictwem komarów. Klebs, poprzednio profesor na uniwersytetach niemieckich, obecnie dyrektor pracowni patologicznej swego imienia w Chicago, pracuje również nad etyologią żółtej febry,

Koplik z Nowego Yorku pierwszy zauważył niedawno temu plamy na błonach śluzowych, które o kilka dni poprzedzają wysypkę odry. Vaughan z Aun Arlor wsławił się badaniami nad nukleiną, Durhama nazwisko znane jest z badań nad *Bacillus aerogenes capsulatus.* Przechodząc do chirurgii, to któryż z chirurgów nie zna guzika Murphyego, używanego do połączenia kiszek? Mc Burney zdobył sobie uznanie wśród chirurgów badaniami nad patologią i terapią zapalenia ślepej kiszki. Operacya Emmetta jest ogólnie w użyciu w operacyach rozdarcia szyi macicy. Mc Dowell już w r. 1809 robił owariotomię. Metody Mariona, Simsa i Manna w akuszeryi i chorobach macicy i częściach przyległych są w użyciu w całym świecie. Chloroform wynalazł amerykanin Guthrie z Sacketts Harbor w roku 1831, chociaż Souberiau z Francyi i Liebig z Niemiec także pracowali w tym kierunku. Long, Jackson, Wells i Morton, wszyscy amerykanie, pierwsi używali eteru podczas operacyi przed rokiem 1857. Ileż tysięcy dzieci uratował od śmierci wynalazek intubacyi O'Dwyera? W dziedzinie fizyologii Priestley wykazał światu działalność tlenu na krew, Beaumont w roku 1833 wyjaśnił działanie kwasu żołądkowego. Któż nie zna pracy Brown-Sequarda (mogącego także liczyć się do Amerykanów) na polu fizyologii? Behring i Roux zawdzięczają odkrycie sero-terapii początki lekarzom amerykańskim nazwiskiem Smith i Salmon, których prace o uodparnianiu utorowały nowe drogi w medycynie, sprowadzające obecnie przewrót w sposobach leczenia.

Medycyna wewnętrzna liczy dzielnych pracowników wśród lekarzy amerykańskich, których wodzami i głównymi przewodnikami byli lub są Prof. Pepper, z Uniw. Pennsylwania, Da Costa, Osler, Tyson, Stockton z Buffalo i t. d. Prof. Senn, dalej Keen, obecnie prezydent Stowarz. Lekarzy Amerykańskich, Park, o którym wspominałem przed chwilą, Hamilton, ostatni jeden z dawnych profesorów Uniw. w Buffalo, pierwszy obecnie profesor tamtejszego Uniwersytetu, zdziałali, jak wiadomo, wiele w dziedzinie chirurgii.

Mógłbym wyliczyć jeszcze cały szereg nazwisk, głośnych w dziedzinie neuropatologii, psychiatryi, okulistyki i t. p., jednakże nie chcę nadużywać cierpliwości czytelnika, który, jak sądzę, już z tego, co dotąd powiedziałem, nabrał dostatecznego wyobrażenia o sile i żywotności naukowego ruchu lekarskiego w Ameryce, a może też dowiedział się dopiero teraz, że niejeden rozgłośny w całym świecie badacz jest Amerykaninem, że niejedno odkrycie, niejeden postęp przypada w dziale wyłącznie tylko potężnie już rozrosłej medycynie amerykańskiej.

Słówko jeszcze o lekarzach-Polakach w Stanach Zjednoczonych. W Stanach Zj. mieszka stale około 2 milionów Polaków, rozrzuconych po wszystkich Stanach i Terytoryach. Niema większego miasta, niema większej osady, chociażby i w najdalszym zakątku Ameryki, gdzieby nie przebywała rodzina polska, która albo czuje i myśli jeszcze po polsku, albo też taka, której ojcowie urodzili się w Polsce. Niemal 75% Polaków, zamieszkałych obecnie w Ameryce, opuściło strony rodzinne z powodów ekonomicznych i przykrych stosunków w kraju, szukając chleba i zarobku i wolności chwalenia Boga w języku ojczystym za oceanem. Znaczna część, to poczciwi nasi rolnicy z Galicyi, Poznańskiego i Kongresówki, którzy, aczkolwiek sami stoją stosunkowo nisko pod względem wykształcenia umysłowego, starają się, aby ich dzieci korzystały z nauki, choćby tylko elementarnej. Prawdziwej inteligencyi polskiej z Europy bardzo w Ameryce mało, lekarzy zaledwo kilkunastu. Jednakowoż w osadach polskich obecnie znajduje się już około 80 lekarzy, wykształconych w Ameryce, a rozrzuconych po miastach i miasteczkach. W Chicago, gdzie największa kolonia polska ma swoją siedzibę, praktykuje około 40 lekarzy Polaków z większem lub mniejszem powodzeniem. Po kilku lekarzy polskich przebywa także w Milwankee, Detroit, N. Yorku, Buffalo, Filadelfii, Cleveland i innych miastach. Lekarze Polacy, wychowani w Ameryce, mają prawdopodobnie większe powodzenie od kolegów-rodaków, przybywających z Europy, gdyż znają dokładniej miejscowe warunki, łatwiej wśród nich obracać się im przychodzi. Przed kilku jeszcze laty polscy lekarze, przybywający z Europy, mieli wielkie pole przed sobą, dziś jednak miejscowi lekarze-Polacy, wychowańcy uniwersytetów amerykańskich, w zupełności pole to opanowali i zajęli stanowiska lekarzy przyjezdnych, oprócz tych kilku, którzy z czasów dawniejszych wytrwali w pracy i zyskali uznanie nielekarskiego ogółu. W obecnych warunkach wskutek obostrzenia przepisów o wykonywaniu zawodu lekarskiego w większości Stanów, wskutek nieznajomości stosunków i języka angielskiego, bez którego obejść się nie można, przybywający z Europy lekarze nie znajdą podatnego gruntu do pracy w Ameryce. Każdy przybysz z Europy musi obecnie bezwarunkowo poddać się ponownym egzaminom lekarskim i to w języku angielskim, a egzamina te, składane przed odrębną komisyą, są stosunkowo dość trudne; dlatego też coraz mniej lekarzy wogóle przesiedla się z Europy do Ameryki.

Na tem kończę krótki zarys stosunków lekarskich w Ameryce północnej. Jeżeli nie zupełnie zdołałem się wywiązać z zadania i nie zadowolniłem czytelnika, to ufam, że nie spotka mnie zbyt ostra krytyka ze względu na zamiar, w jakim rzecz opracowywałem. Pragnąłem bowiem zapomocą niniejszego szkicu dać jedynie początek zapoznaniu się kolegów polskich ze „starego kraju“ z nami, młodymi pracownikami, urodzonymi i wychowanymi w Ameryce. Wszak wspólne nasze cele i usiłowania podobne; bliższe między nami stosunki przyczynić się mogą tylko do tego, że niosąc wysoko i silnie sztandar wiedzy, z tem większym pożytkiem pracować będziem mogli dla wspólnego dobra.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 18 sierpnia.

* Wyszedł z druku Nr. 5 i ostatni »Dziennika Zjazdu«, dostając się do rąk uczestników jeszcze 15 b. m., więc już w dwa tygodnie po ukończeniu Zjazdu. Jest to istotnie bardzo szybko, jeżeli się zważy nigdy jeszcze niebywałą objętość tego poszytu. Obejmuje on 20 arkuszy druku, a mieści oprócz szczegółowych sprawozdań ze wszystkich sekcyi (o ile nie były pomieszczone w Nr. 3 i 4), obszerne sprawozdanie z posiedzenia w sprawie gruźlicy i z II. posiedzenia ogólnego, dalej pracę p. Skłodowskiej-Curie „O nowych ciałach promieniotwórczych“, którą w uznaniu jej doniosłości uchwalił Zjazd na wniosek sekcyi chemicznej i fizycznej w całości przyjąć do »Dziennika«; — następnie znajdują się w Nr. 5 »Zestawienie uchwał dawniejszych Zjazdów«, kronika Zjazdu, krótka jego statystyka, w końcu bardzo pożądana innowacya, spis rzeczy i autorów. »Dziennik« w tej postaci, w jakiej się tym razem ukazał, zastępuje prawie w zupełności dawniejsze pamiętniki, a choć nie zawiera, jak one, wykładów w całej ich rozciągłości, to zato przewyższa je dwiema zaletami: treściwością a zarazem zupełnością obrazu Zjazdu, gdy w pamiętnikach zazwyczaj niejednego wykładu brakło, oraz szybkością, z jaką się ukazuje, gdy na pamiętnik miesiącami czekać trzeba było. Obie te wady pamiętnika — to skutek opieszałości autorów. I »Dziennik« z ich wyłącznie winy posiada jedną małą usterkę, mianowicie kilku prelegentów nie dostarczyło »Dziennikowi« streszczeń czyli referatów ze swych wykładów, o jakie prosił Wydział gosp. Zjazdu i Redakcya »Dziennika«, ale dało poprostu tylko treść czyli plan swych prac, przedstawiający się w postaci spisu wyrazów, nic niemówiących ani o wnioskach, do których prelegent dochodzi, ani o drodze, którą do nich doszedł. Dowiedzieliśmy się, że i Redakcya »Dziennika« i sekretarze sekcyi starali się o zmianę tego stanu rzeczy, jednakże przeważnie bez skutku. Ponieważ tych nieodpowiednich »streszczeń« zaledwo kilka, więc i wartość »Dziennika« nic na tem nie traci; podnosząc zaś tę drobną wadę, pragnęliśmy przedewszystkiem usunąć ją w przyszłości, a zarazem uchronić Redakcyę »Dziennika« od możliwych zarzutów, przeciw którym teraz sama już bronićby się nie mogła. Wogóle można szczerze powinszować Redakcyi »Dziennika« wyników jej pracy; zasługą pragnie wprawdzie Redakcya »Dziennika« w końcowem słowie podzielić się ze swymi współpracownikami, niemniej jednak ma przedewszystkiem samaż Redakcya »Dziennika« wszelki tytuł i prawo do rzetelnego uznania i wdzięczności.

* Zarząd Towarzystwa Hufelanda w Berlinie ogłasza następujące temata na konkurs Alvarenga: 1) Wpływ zawartości soli wód mineralnych na skład krwi. 2) Wpływ bodźców cieplnych i mechanicznych na parcie krwi i szybkość jej prądu. Najlepsze prace na jeden lub drugi temat nagrodzone będą kwotą 800 marek. Prace mogą być pisane po niemiecku, angielsku lub francusku, a nadsyłać je należy z zachowaniem zwykłych form konkursowych do prezesa Towarzystwa, prof. dr. O Liebreicha, Berlin NW. Neustädtische Kirchgasse 9, najdalej do 1 marca 1901. Może ktoś u nas zechce stanąć w zawody; wszak świeżo na podobnym międzynarodowym konkursie Unny zwyciężył Polak, kol. Krzyształowicz.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska* Nr. 32: A. Malinowski: Przypadek różowatego stwardnienia ogólnego skóry u noworodka (*sclerema erysipelatodes*). R. Bernhart: Czternaście lat po zaszczepieniu gruźlicy wskutek obrzezania napletka. *Medycyna* Nr. 32: St. Kopczyński: Kilka słów o hemiatetozie z powodu przypadku hemiatetozy w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego. F. Neugebauer: 17 cięć brzusznych przy skręceniu szypuły nowotworów narządów płciowych kobiecych (dok.).

Redakcya otrzymała: Dr. A. Grosglik: Najnowsze poglądy na mechanizm budowy i czynności układu nerwowego. Szkic popularny o teoryi neuronów. Warszawa 1900.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.